

**UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTE DE PHARMACIE**

---

**ANNÉE 2009**

**N° 60**

**THÈSE  
Pour le  
DIPÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
par  
Lucie Renaud**

---

*Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2009*

**QUALITÉ DE VIE ET PSYCHOLOGIE DE LA MALADIE  
– EXEMPLE DU CANCER DU SEIN - PRISE EN CHARGE  
PAR LE BIAIS DE SOINS ESTHÉTIQUES**

Président : Mme Céline COUTEAU, Maitre de  
conférences de cosmétologie

Membres du jury : Mme Laurence COIFFARD, Professeur de  
cosmétologie

Mme Laurence MISLER, Pharmacien

# SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I - MALADIE ET QUALITE DE VIE	6
I-1 Définir et mesurer la qualité de vie	6
I-1-1 Qualité de vie d'un point de vue théorique	6
I-1-2 Qualité de vie liée à la santé	8
I-1-3 Mesure de la qualité de vie	9
I-1-3-1 L'utilisation dans la pratique quotidienne	9
I-1-3-2- Construction d'un questionnaire	10
I-1-3-3 Les différents instruments de mesure	12
I-1-3-3-1 Instruments de mesure génériques	12
I-1-3-3-1-1- L'Index de bien-être (quality of well-being scale QWB)	12
I-1-3-3-1-2-Le Sickness Impact Profile (SIP)	13
I-1-3-3-1-3-Le Psychological General Well-being (PGWB)	13
I-1-3-3-1-4-L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham	14
I-1-3-3-1-5-Les Instruments issus de la Medical outcome study – exemple du MOS SF-36	14
I-1-3-3-2 Les instruments de mesures personnalisés	14
I-1-3-4- Intérêt de la mesure de la qualité de vie	15
I-1-3-4-1- Justification épidémiologique	16
I-1-3-4-2- Intérêt pour le patient	17
I-1-3-4-3- Intérêt pour les professionnels de santé	17
I-1-3-4-4- Intérêt en santé publique	17
I-1-3-4-5- Intérêt pour l'industriel	18
I-2 Domaines d'utilisation de la qualité de vie	18
I-2-1 Utilisation en oncologie	18
I-2-1-1- Exemple en hépato-oncologie	19
I-2-1-2- Exemple du cancer du sein	20
I-2-1-2-1 Présentation de l'étude	20

I-2-1-2- 2 Les participantes à l'étude	21
I-2-1-2-3 Les évaluations	22
I-2-1-2- 4 Conclusion de l'étude	24
I-2-1-3 Approche économétrique en oncologie	24
I-2-2 Utilisation en Rhumatologie	25
I-2-2-1- Aspects Epidémiologiques	25
I-2-2-2-Les questionnaires	26
I-2-2-2-1- L'Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS)	26
I-2-2-2-2- Le Health Assesment Questionnaire	27
I-2-2-2-3- Le Patient Elicitation Technique	27
I-2-3 Les maladies cardio-vasculaires	28
I-2-4- Infectiologie - utilisation chez les patients VIH	29
I-2-4-1- Epidémiologie du VIH	29
I-2-4-2- Instrument de mesure	30
I-2-4-3 Etude et conclusion sur la qualité de vie du patient VIH	32
I-2-5- Les autres pathologies concernées	33

## II- PSYCHOLOGIE DES MALADIES: EXEMPLE DU CANCER 34

II-1 La psycho-oncologie	34
II-1-1 Définition et présentation	34
II-1-2 Les axes d'étude de la psycho-oncologie	34
II-1-3 Les éléments de la relation psycho-oncologique	35
II-1-3-1 La relation avec autrui	35
II-1-3-2 La relation d'aide	36
II-1-3-3 Le médecin au cœur de la maladie	37
II-1-3-3-1 L'annonce de la mauvaise nouvelle	37
II-1-3-3-2 En pratique – exemple du cancer du sein	38
II-1-4 Quelles réactions face à la maladie ?	39
II-1-4-1 L'« emotion-focused »	40
II-1-4-2 Le « problem-focused »	40
II-1-4-3 Conclusion sur la théorie d'adaptation	40
II-1-5 Troubles psychologiques du patient atteint de cancer	41
II-1-5-1 Echec de l'adaptation	41

II-1-5-2 L'anxiété _____	41
II-1-5-3 Les troubles de l'humeur _____	42
II-1-5-4 Le syndrome de stress post traumatique _____	42
II-1-5-6 La vigilance _____	42
II-1-6 Impact de la maladie sur le psychisme, les études menées _____	42
II-1-6-1 Les précurseurs – enquête sur les cancers gynécologiques _____	42
II-1-6-2 Le cancer du sein – enquête sur les troubles psychologiques _____	43
II-1-6-3 Les travaux de « Ensemble Parlons Autrement du Cancer » (EPAC) _____	44
II-1-7 L'atteinte en plein cœur de la féminité : la chute des cheveux _____	45
II-2 Exemple particulier du cancer du sein _____	47
II-2-1 Le sein : anatomie et physiologie _____	48
II-2-2 Le cancer du sein _____	49
II-2-2-1 Prévention et facteur de risque _____	49
II-2-2-2 Point épidémiologique _____	51
II-2-2-3- Genèse du cancer du sein _____	52
II-2-3 Prise en charge des cancers du sein par des méthodes non pharmacologiques _____	54
II-2-3-1 Le traitement locorégional _____	54
II-2-3-2 La chirurgie carcinologique et reconstructrice _____	54
II-2-3-2-1 Les traitements conservateurs _____	55
II-2-3-2-2 La reconstruction immédiate _____	57
II-2-3-2-3 La reconstruction mammaire différée _____	58
II-2-3-2-4 Séquelles post-chirurgicales _____	59
II-2-3-3 La radiothérapie _____	59
II-2-4 La chimiothérapie : prise en charge pharmacologique _____	61
II-2-4-1 Place de la chimiothérapie dans la prise en charge _____	61
II-2-4-2 Indications _____	61
II-2-4-3 Molécules utilisées et protocoles dans le cancer du sein _____	62
II-2-4-3-1 Cas des tumeurs hormono-INSensibles _____	62
II-2-4-3-2 Cas des tumeurs HER-2 _____	63
II-2-4-3-3 Cas des tumeurs hormonosensibles _____	63
II-2-4-4 Toxicité des chimiothérapies _____	63
II-2-4-4-1 Toxicité cutanée et sur les phanères _____	64
II-2-4-4-1-1 L'alopécie _____	64

II-2-4-4-1-2 Réactions au soleil	64
II-2-4-4-1-3 Syndrome main-pied	65
II-2-4-4-1-4 Ongles fragilisés	65
II-2-4-4-1-5 Autres	65
II-2-4-4-2 Toxicité digestive	65
II-2-4-4-3 Toxicité chronique avec le cyclophosphamide et la polychimiothérapie.	66
II-2-4-4-4 Autres effets toxiques	66
II-2-5 L'hormonothérapie	67
II-2-6 L'immunothérapie	68

### III– ENVELOPPE CUTANEE ET PSYCHOLOGIE DE LA MALADIE **70**

III-1 Constitution de la peau	70
III-1-1- Physiologie	70
III-1-1-1 L'épiderme	72
III-1-1-2- Le derme	73
III-1-1-3- Les annexes de la peau	73
III-1-1-3-1 Les poils	73
III-1-1-3-2 Les glandes sudoripares	75
III-1-1-3-3 Les glandes sébacées	75
III-1-1-3-4 Les ongles	78
III-2 Les grandes fonctions de notre peau	78
III-2-1 Le rôle protecteur de la peau	79
III-2-2 Innervation et rôle dans le toucher	79
III-2-3 Autres fonctions	81
III-3 Peau et Psychologie	81

### IV- COSMETIQUES ET CONTEXTE PATHOLOGIQUE **83**

IV-1 - Place et intérêt d'une prise en charge du patient par le biais de cosmétiques	83
VI-1-1- Définitions	83
VI-1-2- Intérêts de la socio-esthétique à l'hôpital	83

IV-1-3- En pratique, que propose-t-on aux patients ?	84
IV- 2- La formation des esthéticiennes	85
IV-3- Les soins mis en œuvre	86
IV-3-1- Les conseils aux patientes	86
IV-3-1-1-Les soins du visage	86
IV-3-1-2-Les soins corporels	88
IV-3-2- Déroulement d'une séance de maquillage	89
IV-4- Les associations existants en France	89
IV-4-1- L'association Etincelle	90
IV-4-2- Esthétique en Milieu Hospitalier	90
IV-4-3- Apprivoiser son image dans la maladie (APIMA)	91
IV-4-4- L'embellie	91
IV-5- Le Cosmetic Executive Women (CEW)	93
IV-5-1 Historique	93
IV-5-2-Implantation et fonctionnement de l'association	95
IV-5-2-1- Les centres CEW en France	95
IV-5-2-2- Les esthéticiennes	96
IV-5-2-3- Le financement de l'association	96
IV-5-3- Les soins réalisés au sein des centres	98
IV-5-4-Les témoignages	99
<b>CONCLUSION</b>	<b>101</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>102</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>103</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>104</b>

## **INTRODUCTION**

Le rapport au corps a évolué au cours des époques. Après une période mystique et triste que fût le moyen-âge, où le plaisir et l'abondance étaient considérés comme des pêchers, la renaissance a permis de développer le culte du corps. L'exaltation de la nature et du corps humain reflète les mentalités de cette époque, les hommes cherchent à tout prix à avoir le corps et l'esprit sain.

L'attention portée à son apparence et à son plaisir personnel est aujourd'hui encrée dans notre société. Plaisir, bien-être, beauté et séduction sont des enjeux majeurs de notre époque. Mais lorsque le corps ne répond plus, c'est tout l'être qui est meurtri.

Nous allons voir dans un premier temps les moyens mis en œuvre pour mesurer la qualité de vie, ensuite, nous nous intéresserons aux conséquences psychologiques de la maladie lorsque le corps est affaibli, en prenant exemple du cancer du sein. La troisième partie est consacrée à cette enveloppe qu'est notre peau. Enfin, nous présenterons les associations qui aident chaque jour les personnes malades en leur proposant des soins et des activités afin d'améliorer le bien-être et l'image de soi.

# **I - MALADIE ET QUALITE DE VIE**

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est décrite comme un état complet de bien-être physique, psychologique et social et non pas seulement comme l'absence de maladie. Ainsi, pour retrouver la santé, la prise en charge du patient ne doit pas seulement se faire grâce aux médicaments et autres stratégies thérapeutiques ciblées sur l'organe malade mais elle doit être globale. Le patient n'est pas une maladie mais un individu à part entière (61).

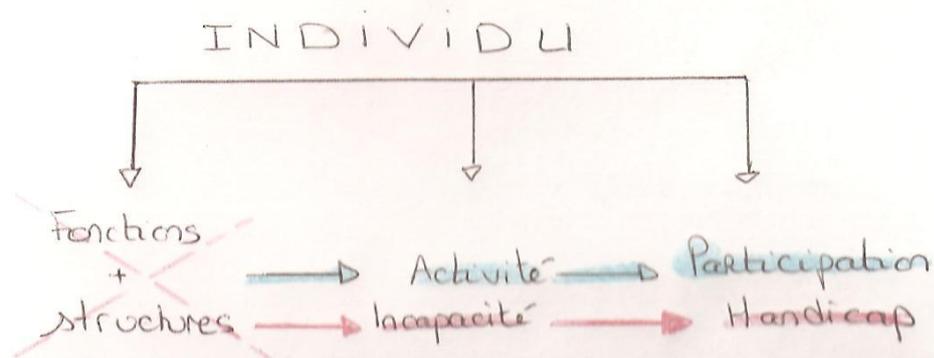
## **I-1 Définir et mesurer la qualité de vie**

### **I-1-1 Qualité de vie d'un point de vue théorique**

Pour bien comprendre la notion de qualité de vie, représentons l'homme comme le modèle suivant :

- ses fonctions et ses structures qui correspondent aux fonctions physiologiques du corps humain (dont la fonction psychologique et mentale) et à l'anatomie (membres, organes et constituants) ;
- son activité qui correspond à l'exécution d'une tâche ou d'une action ;
- sa participation qui est la possibilité de s'impliquer dans une situation de la vie.

Ainsi, l'altération des fonctions et structures va entraîner une limitation des activités (se définissant comme l'incapacité) et/ou de la participation (handicap) (figure 1).



**Figure 1 : Représentation schématique de l'individu**

Selon l'OMS (1994), la qualité de vie est définie comme la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.

La qualité de vie d'un individu dépend de ses interactions avec le monde, de ses relations avec la société ; elle reflète également l'expérience, la connaissance et les valeurs propres à chaque individu. Elle comprend donc de nombreuses notions comme la psychologie, la vie relationnelle, le social, la culture, les finances, la politique. Il conviendra donc par la suite de s'orienter vers la qualité de vie liée à la santé (16, 17).

## **I-1-2 Qualité de vie liée à la santé**

Les termes d'altération de la qualité de vie liée à la santé correspondent à tous les troubles fonctionnels, les détériorations, les troubles de perception, les troubles sociaux et psychologiques induits par la maladie et ses traitements.

De nos jours, il est fondamental de mesurer la qualité de vie pour pouvoir juger d'une bonne prise en charge du patient.

C'est dans les années 70 que l'on a commencé à s'intéresser à l'impact de la maladie et de la souffrance perçue par l'individu sur sa vie. Dans cette optique, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni des instruments ont été développés afin de mesurer cet impact.

Une première définition de la qualité de vie liée à la santé a été donnée par Patrick et Erickson (Patrick D.L. 1993). Il s'agit de la valeur qui est attribuée à la durée de vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé.

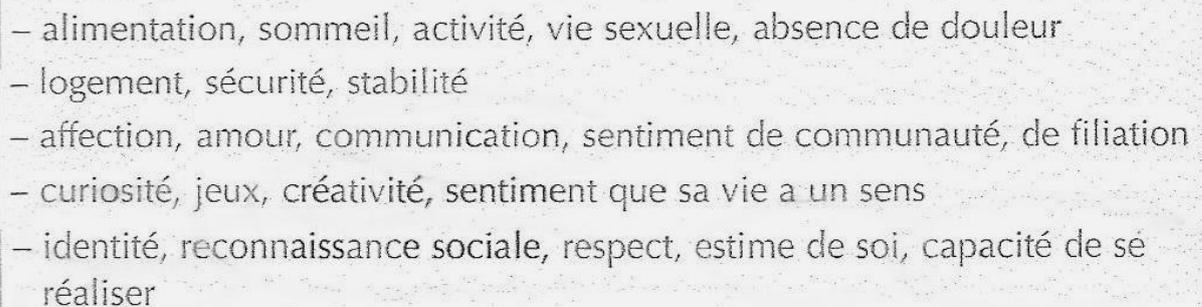
Sonja Hunt donnera plus tard une définition qui prend en compte le point de vue du patient : « chaque situation pathologique interfère de façon particulière avec la capacité des individus à satisfaire leurs besoins. Si les besoins perçus sont satisfaits, la qualité de vie est augmentée ; s'ils sont peu satisfaits la qualité de vie est diminuée. »

En pratique, les besoins perçus par le malade sont nombreux et dépendent du sujet lui-même ; on retrouve par exemple : la communication, la créativité, l'identité, la reconnaissance sociale, l'estime de soi, la capacité de se réaliser, la vie sexuelle...

Quelle que soit la définition, deux aspects de la qualité de vie liée à la santé émergent :

- un aspect multidimensionnel : physique, psychologique, social et somatique ;
- un côté subjectif : le ressenti de la maladie dépend du patient lui-même en fonction de ses expériences et de ses attentes (figure 2).

La santé perceptuelle est également importante lorsque l'on s'intéresse au point de vue du patient (9, 17, 26, 56).

- 
- alimentation, sommeil, activité, vie sexuelle, absence de douleur
  - logement, sécurité, stabilité
  - affection, amour, communication, sentiment de communauté, de filiation
  - curiosité, jeux, créativité, sentiment que sa vie a un sens
  - identité, reconnaissance sociale, respect, estime de soi, capacité de se réaliser

**Figure 2 : Exemple de besoins dont la satisfaction est importante pour la qualité de vie (30)**

### **I-1-3 Mesure de la qualité de vie**

#### **I-1-3-1 L'utilisation dans la pratique quotidienne**

Aujourd'hui, le professionnel de santé n'a guère de problème pour apprécier un dysfonctionnement physiologique ou fonctionnel ; en revanche, il est moins performant lorsqu'il s'agit d'évaluer les conséquences émotionnelles et sociales de la maladie et des traitements.

Il est certain que le médecin dans son cabinet ou le pharmacien dans son officine n'a pas besoin de toutes ces mesures pour comprendre la souffrance de son patient ; en écoutant et en parlant avec le malade qui se trouve face à lui il peut l'aider à trouver des solutions à ses problèmes sociaux et émotionnels causés par la maladie. En revanche, l'existence d'instrument de mesure de la qualité de vie a un atout certain lorsqu'il faut choisir un protocole de prise en charge et également lorsque l'on veut évaluer de manière objective l'impact des traitements et de la maladie sur la vie du malade afin de mettre en place des actions correctives.

Les mesures profitent à de nombreuses autres structures que nous citerons plus loin (27).

### **I-1-3-2- Construction d'un questionnaire**

Pour que les mesures et les résultats soient utilisables et utilisés par les professionnels de santé, il faut que les données soient sûres et convertibles en informations certaines et les plus objectives possibles.

La construction d'un questionnaire doit se faire selon une procédure scientifique. Les questions sont créées en respectant une démarche qualité et se basent sur la population à étudier, sur l'objectif de la mesure, sur les concepts à mesurer. L'analyse du questionnaire est ensuite indispensable. Cette étape étudie les questions, la structure du questionnaire puis la performance des scores. L'outil de mesure ne pourra être utilisé qu'à partir du moment où il a été validé grâce à ses propriétés métrologiques. La standardisation d'un instrument est primordiale pour pouvoir l'utiliser de façon répétée et chez plusieurs personnes.

Il est important de bien choisir l'outil en fonction de l'utilisation souhaitée et donc du problème posé ; on citera par exemple l'efficacité du traitement, le ressenti individuel sur la qualité de vie lié à sa santé, l'évaluation des actions de santé.

Les mesures sont discutables, malgré toute la rigueur apportée lors de la réalisation des questionnaires et de leur validation, et ceci à cause de l'intervention du facteur humain avec ses ressentis.

De manière globale, la construction commence par l'identification du patient, souvent effectuée à l'aide d'un numéro. Elle n'entre pas dans le cadre d'une formule mathématique pour l'obtention du score ; exemple : femme=1 et homme=2 (ou l'inverse). Cette étape correspond à un simple étiquetage du patient pour le « catégoriser ».

Il y a ensuite deux moyens de mise en œuvre :

Les échelles non calibrées correspondent à une série de chiffres utilisés pour identifier l'intensité d'un symptôme par exemple (douleur intense=4, moyenne=3, légère=2 ou quasi nulle=1). On dit qu'elles sont non calibrées car la distance entre deux catégories n'est pas égale ; le passage de « moyenne » à « légère » est variable et diffère de la frontière qui sépare « intense » et « moyenne ». Ce type d'échelles est utilisé pour la mesure de la qualité de vie mais elles ne sont pas recevables lorsque l'on souhaite évaluer le rapport coût-efficacité de nouvelles procédures thérapeutiques, par exemple.

Les échelles calibrées ont *a contrario* un intervalle régulier entre deux états. Elles sont préférentiellement utilisées pour évaluer le coût-efficacité.

En pratique, les instruments de mesures utilisés dépendent de quatre aspects fondamentaux :

- l'état physique du sujet ;
- ses sensations somatiques (avec les symptômes, les conséquences des traitements, la douleur) ;
- son état psychologique ;

- ses relations sociales et ses rapports avec sa famille, ses amis et son environnement professionnel (9, 16, 27, 30).

### **I-1-3-3 Les différents instruments de mesure**

On distinguera deux catégories d'instruments de mesure.

Dans un premier temps, les instruments de mesures génériques évaluent l'état de santé quelle que soit la pathologie et peuvent être utilisés dans la population générale. Ils permettent de comparer différentes affections et de guider la mise en place de la politique de santé.

Il existe également des instruments de mesure spécifiques qui sont adaptés à l'étude d'une pathologie ou d'un syndrome ou d'une population particulière (enfants par exemple) ; ces outils de mesure spécifiques étudient donc les traits de la santé touchés par une pathologie. Les cliniciens utilisent préférentiellement ces derniers afin d'évaluer le niveau de gravité d'une pathologie chez leurs patients et pour déterminer les bénéfices d'un traitement dans le cadre d'essais thérapeutiques.

Dans cette partie, nous nous attacherons à développer les instruments de mesures génériques (9, 30).

#### **I-1-3-3-1 Instruments de mesure génériques**

##### **I-1-3-3-1-1- L'Index de bien-être (quality of well-being scale QWB)**

Il est utilisable quelle que soit la pathologie. Il s'agit d'un questionnaire avec 23 problèmes de santé et symptômes (coma, convulsions...) et des échelles de

niveau fonctionnel qui portent sur la perception que les sujets ont de leur maladie. L'administration se fait une fois par jour pendant six jours par le même enquêteur. Le résultat est représenté par un score compris entre 0 et 1.

Il a de bonnes propriétés psychométriques (validité, fiabilité, sensibilité au changement, applicabilité). Ce n'est pas un instrument de pratique courante mais il est utilisé en recherche (30).

#### **I-1-3-3-1-2-Le Sickness Impact Profile (SIP)**

C'est un auto-questionnaire administré par le malade lui-même ou bien un proche ou un enquêteur.

Il mesure l'impact de la maladie sur la vie quotidienne (activités et comportement du malade) et les dysfonctionnements liés à la maladie et les modifications observables. Comme le précédent, il a de bonnes propriétés psychométriques, mais il est trop lourd à utiliser (138 questions) (30).

#### **I-1-3-3-1-3-Le Psychological General Well-being (PGWB)**

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 22 questions regroupées en 6 dimensions.

Il mesure l'état de bien-être subjectif, tout particulièrement chez les patients atteints de cancer et de maladies chroniques en soins palliatifs.

Il est difficile à utiliser à cause de l'agrégation de plusieurs niveaux de capacité en une même question ; de plus, trop peu de questions permettent d'évaluer la qualité de vie. Cependant, il est intéressant car il présente de bonnes propriétés prédictives sur la mortalité (30).

#### **I-1-3-3-1-4-L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham**

C'est un questionnaire de 38 questions regroupées en 6 dimensions. Il évalue l'impact de la maladie et des traitements sur la santé ressentie. On recommande de l'utiliser chez les personnes dont l'état de santé est jugé sévère. Il est facile à utiliser, il suffit de répondre par oui ou non, et a de bonnes propriétés psychométriques mais n'est pas adapté aux personnes en bon état de santé apparent (9, 30).

#### **I-1-3-3-1-5-Les Instruments issus de la Medical outcome study – exemple du MOS SF-36**

Il s'agit d'un questionnaire auto-administré de 36 questions permettant l'évaluation des services, des besoins et des traitements. Il a de bonnes propriétés psychométriques. C'est l'instrument de référence (30,37).

#### ***I-1-3-3-2 Les instruments de mesures personnalisés***

Les instruments de mesure personnalisés seront développés par la suite; il s'agit juste d'établir ici une liste d'exemples.

Le Patient Elicitation Technique ou PET est utilisé exclusivement pour les patients atteints d'affection rhumatologique, de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthrite ankylosante, de fibromyalgie et d'arthrose.

Le Schedule for the Evaluation of individual Quality Of Life ou SEIQoL (tableau I) est utilisé spécifiquement chez des patients infectés par le VIH, des patients porteurs d'une prothèse de hanche, des personnes souffrant de colopathie

fonctionnelle ou d'une maladie scléreuse et chez des sujets atteints d'ostéoporose fracturaire. Il a également été utilisé chez des patients malades d'Alzheimer à un stade peu avancé de la maladie.

Domaine	EVA (mm)	Poids (analyse de jugement)	Score par domaine
Maison	89	0.25	$89 \times 0.25 = 22.25$
Religion	56	0.10	5.6
Loisirs	30	0.20	6
Santé	76	0.30	25.08
Finances	45	0.15	6.75
			SEIQoL = 65.68

**Tableau I : Calcul hypothétique d'un score de qualité de vie avec le SeiQuol (30)**

Le Patient Specific Index ou PASI n'est, quant à lui, utilisé que chez les patients de rhumatologie subissant une opération de prothèse de hanche.

Le Mesure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP) est utilisé pour quantifier l'impact des symptômes aigus.

Le Chronic Respiratory Disease Questionnaire ou CRDQ est spécifique des maladies pulmonaires chroniques.

Enfin, la stratégie du symptôme signal a une utilisation limitée aux patients devant se faire opérer d'une prothèse de genou ou de hanche pour arthrose (30).

#### **I-1-3-4- Intérêt de la mesure de la qualité de vie**

Les objectifs lorsque l'on mesure la qualité de vie liée à la santé sont nombreux et variés. Les résultats issus de ces mesures permettent de discuter de la pertinence des interventions de santé pour orienter la recherche et les soins.

#### **I-1-3-4-1- Justification épidémiologique**

En France, les principales causes de décès sont liées à une pathologie lourde (2005), à savoir les tumeurs (29,5%) et les maladies de l'appareil circulatoire (28,4%).

La population est vieillissante, on observe donc une augmentation incessante des nouveaux cas d'Affection de Longue Durée. On est passé de 614 662 nouveaux cas en 1990 à 1 018 648 en 2006. En moyenne, un homme reste 6,6 ans de sa vie en mauvaise santé et la femme 8,8 années.

Le nombre de malades chroniques est donc en constante augmentation à cause de la population vieillissante et d'une exposition plus importante à des facteurs de risques tels que l'alimentation, la pollution, la sédentarité.

Aujourd'hui, les stratégies thérapeutiques ont déjà démontré leur efficacité en termes d'allongement de la durée de vie dans les maladies lourdes ; l'objectif est maintenant tout autre : on cherche à diminuer les symptômes et à améliorer l'état fonctionnel, afin de ne pas entacher la qualité de vie. En effet, des pathologies autrefois mortelles sont aujourd'hui devenues des maladies chroniques ; il faut vivre avec et le mieux possible.

Selon la définition de l'OMS, « une maladie chronique est un problème de santé nécessitant une prise en charge durant plusieurs années ». Sont ainsi englobés le cancer, le SIDA, le diabète, l'insuffisance cardiaque, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, l'asthme, la bronchite chronique, l'arthrose... C'est lorsque l'on doit vivre avec une maladie lourde, contraignante et durant plusieurs années que la qualité de vie liée à la santé doit être explorée (9, 17, 26, 57, 58).

#### **I-1-3-4-2- Intérêt pour le patient**

Les enquêtes sur la qualité de vie liée à la santé permettent de quantifier l'impact des maladies et des interventions de santé sur la vie des patients du point de vue des patients eux-mêmes et jugent de la pertinence des interventions afin d'orienter la recherche et les soins.

Les mesures vont justifier des demandes au sein des services, du comportement des patients face à leur traitement.

Donc, en étudiant le système de santé et le ressenti du patient, on est en mesure de mettre en œuvre des actions objectives et justifiées pour améliorer le bien-être et la satisfaction du malade (9, 30).

#### **I-1-3-4-3- Intérêt pour les professionnels de santé**

L'évaluation de la qualité de vie du patient permet de leur donner la perception du vécu de la maladie et des effets lourds consécutifs aux traitements. Ainsi, le médecin, par exemple, pourra dépasser son point de vue purement « biologique » de la maladie et mieux comprendre le malade. Ceci est fondamental dans la relation soignant/soigné et rend possible une évaluation du retentissement psycho-social de la maladie et de ses traitements.

De plus, la mesure de la qualité de vie permet de rationaliser un choix thérapeutique (9, 30, 37).

#### **I-1-3-4-4- Intérêt en santé publique**

Dans les études médico-économiques, ces outils sont utilisés pour l'évaluation des innovations thérapeutiques, des actions de santé primaires et secondaires. Ainsi, depuis peu de temps, une nouvelle notion a été introduite dans l'évaluation du service médicale rendu : l'intérêt en santé publique. Ainsi, une molécule revêt

un intérêt en santé publique si elle améliore l'état de santé ; ce dernier est objectivement mesuré par la mortalité, la morbidité et la qualité de vie (9, 30).

#### **I-1-3-4-5- Intérêt pour l'industriel**

Pour l'évaluation de nouvelles thérapeutiques, les industriels s'attachent désormais aux bénéfices sur le confort du malade. L'efficacité est une chose mais qui ne doit pas se concevoir au détriment du confort du malade, ou du moins possible. Ainsi, l'évaluation complète du médicament passe par l'étude de la qualité de vie.

Par ailleurs, les mesures de qualité de vie sont d'un intérêt majeur en post-commercialisation des médicaments. En effet, elles sont utilisées en communication afin de faire la promotion des molécules après la mise sur le marché. L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé rappelle les règles de promotion par l'utilisation des études de qualité de vie. Ces études doivent être objectives et validées (9, 30, 37).

## **I-2 Domaines d'utilisation de la qualité de vie**

### **I-2-1 Utilisation en oncologie**

L'oncologie est un domaine où l'utilisation de la notion de qualité de vie est très importante. Ceci pour trois raisons :

- les symptômes liés à la maladie sont parfois atroces et pires que la mort elle-même ;

- les thérapies qui deviennent de plus en plus efficaces ont des effets secondaires parfois sévères et irréversibles en cas de chirurgie, d'où la nécessité de peser le pour et le contre avant l'instauration d'un protocole thérapeutique ;
- une raison économique vient s'ajouter. En effet, certaines thérapies sont très coûteuses. Il convient donc de justifier les décisions et leurs intérêts pour le patient. On parle ici d'approche économétrique de la qualité de vie.

Pour apprécier l'impact du cancer et des traitements sur la qualité de vie, nous allons étudier le résultat d'études menées chez des patients cancéreux. Dans un premier temps, nous allons nous intéresser à l'impact de la maladie et des symptômes chez des patients atteints de cancer hépatobiliaire. Puis, nous nous pencherons sur l'impact d'une chirurgie réparatrice chez des femmes souffrant de cancer du sein (9, 17, 27, 30).

### **I-2-1-1- Exemple en hépato-oncologie**

Le cancer du foie se situe au treizième rang en termes de fréquence avec ses quelques 6 433 nouveaux cas en 2005. Cette même année, il a été responsable de 7 390 décès, se positionnant au troisième rang de mortalité dans le monde. Il touche principalement les hommes (79%).

Le cancer hépatobiliaire est le plus souvent diagnostiqué à un stade avancé de la maladie. On observe chez ces patients une dégradation rapide de l'état de santé avec des douleurs importantes, une anorexie et de l'asthénie. Par conséquent, cette altération rapide de la qualité de vie a une répercussion sur la morbidité et la mortalité avec une grande vulnérabilité face aux traitements et aux affections.

Une étude a été réalisée en 2008 afin d'objectiver l'impact des symptômes liés au cancer hépatique ou pancréatique sur la qualité de vie. L'étude a été réalisée sur trois mois. Elle regroupait 45 patients de plus de 18 ans atteints de cancer

hépatobiliaire ; la moyenne d'âge était de 59 ans et correspond pour 64% à des hommes. Les patients sont à 61% à un stade IV (c'est-à-dire à un stade avancé) et pour 82% l'annonce de la maladie est récente.

L'outil de mesure « Functional Assessment of Cancer Therapy \_ Hepatobiliary » fut spécifiquement développé pour les patients atteints de cancer hépatobiliaire. Le questionnaire se compose d'une partie générale avec des questions sur le physique, la vie sociale, familiale et émotionnelle, et sur le bien-être, une autre série de 18 questions est spécifiquement écrite pour les patients atteints de cancer hépatobiliaire.

Après concentration et analyse des données, émergent les conclusions suivantes : les personnes atteintes de cancer du foie ont une qualité de vie sévèrement altérée et de nombreux symptômes très préoccupants pour le malade, qui influent sur celle-ci. Cette conclusion ne fait que confirmer des études précédentes menées sur ce même type de population. Cette qualité de vie ne cesse de se dégrader avec l'évolution de la maladie, et l'agressivité des traitements. En revanche, la recherche de moyens pour améliorer la qualité de vie de cette population est restée minimale. Il est donc évident qu'il est primordial de développer, à travers la recherche, des soins qui sont en mesure de soulager et d'améliorer la qualité de vie de ces patients atteints de cancer hépatobiliaire (20, 29, 45, 52).

### **I-2-1-2- Exemple du cancer du sein**

#### **I-2-1-2-1 Présentation de l'étude**

Une étude publiée en octobre 2007 s'est intéressée à l'impact et à l'intérêt de la chirurgie réparatrice par reconstruction immédiate chez des femmes touchées par un cancer du sein ainsi que leur évolution après chirurgie.

La chirurgie a beaucoup évolué depuis deux décennies. Ainsi, la reconstruction immédiate est devenue une pratique courante pour les chirurgiens et pour de nombreuses femmes souffrant d'un cancer du sein peu évolué. Malheureusement, lorsque le cancer est trop avancé (taille de la tumeur importante, nombre de tumeurs, métastases) la chirurgie réparatrice est souvent contre-indiquée. L'administration d'une chimiothérapie avant la chirurgie a rendu possible une meilleure conservation mammaire au cours de la chirurgie chez ces femmes au cancer évolué.

Le résultat esthétique dépend de nombreux facteurs. Ainsi, le résultat chez une femme avec une petite poitrine sera peu satisfaisant. La taille de la tumeur au moment de l'opération joue également sur l'aspect final de la chirurgie.

Les études ont été menées sur des femmes japonaises (22, 29, 44).

### **I-2-1-2- 2 Les participantes à l'étude**

Le tableau II rassemble les caractéristiques de la chirurgie qui leur a été proposée.

Type de chirurgie	RECONSTRUCTION IMMEDIATE			chirurgie conservatrice	Mastectomie totale
	mastectomie avec conservation de l'enveloppe cutanée	mastectomie avec conservation du mamelon	mastectomie avec conservation peau + mamelon		
Nombre de patientes	41	33	74	178	178
Age moyen (années)	47	44	45,7	52	55
Suivi (mois)	47	53	50	56	54

**Tableau II : Nombre de participantes par type de chirurgie mammaire, âge moyen des patientes et suivi (44).**

A noter que les femmes qui ont pu bénéficier d'une chirurgie conservatrice ont des tumeurs à un stade peu évolué (stade T1). La mastectomie totale fut réalisée chez des femmes à un stade T2 en majorité. Rappelons que lorsqu'un diagnostic de cancer est posé, on évalue son stade d'évolution clinique. La présence de métastases et la taille tumorale sont des critères qui permettent de classer le cancer dans un stade I, II, III ou IV. Le stade I traduit de bonnes chances de guérison et le stade IV est, quant à lui, le plus péjoratif pour l'avenir.

La reconstruction immédiate est réalisée soit par la méthode des lambeaux (majoritairement) soit par implants.

Une thérapie adjuvante est mise en place chez ces femmes, elle correspond à une chimiothérapie, une radiothérapie, une hormonothérapie (29, 44).

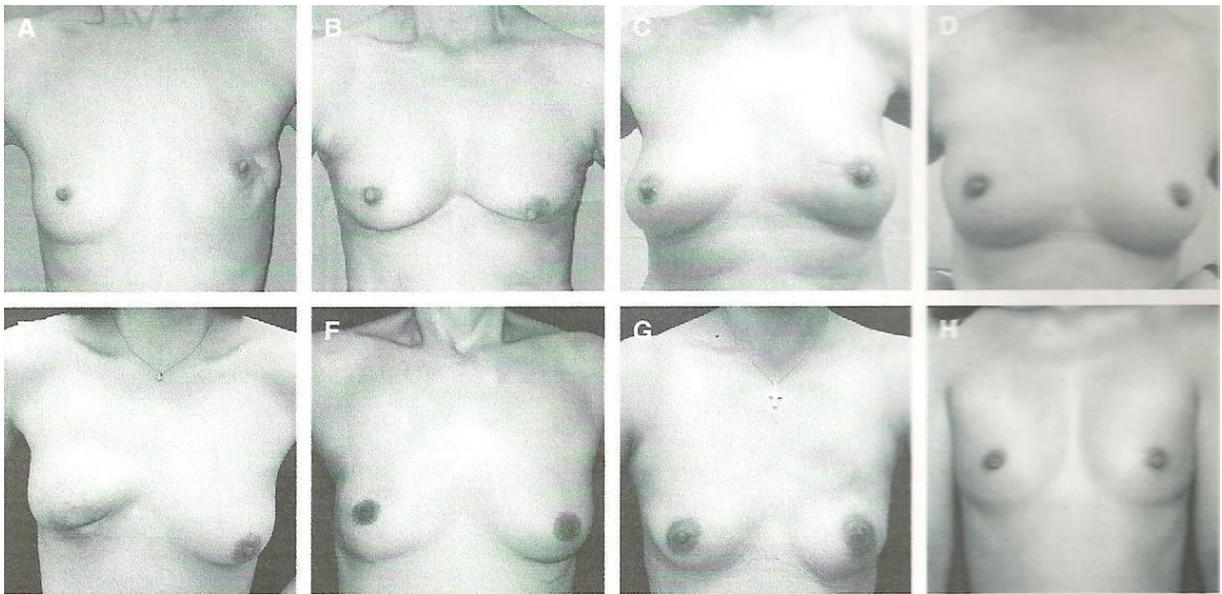
### **I-2-1-2-3 Les évaluations**

Ces femmes ont été suivies tout au long de leur parcours de soin. On a dans un premier temps évalué le résultat esthétique. Il est bien évident que des femmes ont échappé à l'étude pour diverses raisons (déménagement, arrêt de suivi, changement de chirurgien). Une évaluation sur photos de l'évolution esthétique post-chirurgicale est effectuée dans chaque groupe. Ces photos sont prises entre 6 et 53 mois après l'intervention et avec une moyenne de 12 mois pour le groupe de la reconstruction immédiate et de 21 mois pour le groupe de la chirurgie conservatrice. L'évaluation de l'évolution esthétique est réalisée séparément par une femme chirurgien, un homme chirurgien-plasticien et deux jeunes infirmières du service de chirurgie mammaire.

A partir de ces photos, différents critères sont évalués : l'aspect des cicatrices, la symétrie de taille entre les deux seins, la reconstruction du mamelon et de l'aréole et leur couleur. Un score pour chaque patiente est obtenu à partir de l'analyse photographique (figure 3). Le score est tiré d'une grille d'évaluation. A titre d'exemple, on attribue deux points si la symétrie de forme et de volume est parfaite, un point en cas de légère asymétrie et zéro si la symétrie est absente. On

attribue deux points si la cicatrice est discrète, un point si elle est peu discrète et zéro point si elle est trop visible. Le score maximum est de 10. Le résultat visuel est catégorisé comme suit :

- 9 à 10 : excellent ;
- 7 à 8 : bon ;
- 5 à 6 : léger ;
- 0 à 4 : pauvre.



**Figure 3 : Evaluation photographique du résultat esthétique (44).**

Les photographies de A à D représentent des patientes ayant reçu une chirurgie conservatrice ; de E à H, il s'agit de patientes ayant subi une mastectomie suivi de la reconstruction immédiate. Chaque patiente obtient un score allant de 0 à 10 sur le résultat esthétique. Avec un score compris entre 0 à 4, on retrouve les patientes A et E, le résultat esthétique est considéré comme pauvre. Les patientes B et F, avec un score allant de 5 à 6, ont un résultat esthétique considéré comme moyen. Les scores 7 à 8 concernent les patientes C et G, avec un bon résultat esthétique. Les patientes D et H ont un résultat jugé excellent après l'obtention d'un score de 9 à 10.

Dans un second temps, l'étude s'oriente vers l'évaluation de la satisfaction des patientes, à l'aide d'un questionnaire inspiré du questionnaire : « The quality of life questionnaire for cancer patients with Anti-cancer drugs » et destiné spécifiquement aux patientes atteintes d'un cancer du sein. Il comprend 29 items : l'activité sociale (6 items), l'aspect physique (5 items), des généralités (1 item), la douleur physique (6 items), l'image corporelle (2 items), la sexualité (1 item), la vie de mère (4 items).

Les résultats de ce questionnaire sont nombreux et variés. D'une manière générale, une patiente ayant reçu une reconstruction immédiate obtient de meilleurs scores. La satisfaction est dans ce cas meilleure (29, 44).

#### **I-2-1-2- 4 Conclusion de l'étude**

Pour conclure sur cette étude, il ressort de manière significative que la reconstruction immédiate après mastectomie est une sécurité pour la patiente, avec un taux de récurrence locale diminué. Cette mastectomie suivie d'une réparation immédiate permet de très bons résultats esthétiques. La satisfaction des patientes est supérieure à celle des patientes ayant subi un simple traitement conservateur ou bien une mastectomie seule (29, 44).

#### **I-2-1-3 Approche économétrique en oncologie**

Les deux précédents exemples constituent une approche psychométrique de la qualité de vie avec des mesures d'ordre psychologique; un autre outil d'évaluation plus original a vu le jour : le Q-TWiST (Quality adjusted Time Without Symptoms of disease and Toxicity).

Ce dernier a été développé en 1986 afin d'évaluer les traitements adjuvants du cancer du sein et constitue une approche économétrique de la qualité de vie. Aujourd'hui, l'utilisation du Q-TWiST s'est étendue à toute l'oncologie et même aux patients atteints de VIH.

Ce test décompose la survie en état de santé. Ainsi, on distingue trois états de santé : la vie sans maladie ni toxicité (état TWiST), la vie avec des symptômes de toxicité (état AE) et la vie avec le cancer (état Prog).

Une formule mathématique complexe permet d'obtenir une valeur de QTWiST.

Pour exemple, cette méthode de QTWiST a été utilisée en 1995 pour évaluer l'intérêt de la chimiothérapie adjuvante chez des femmes atteintes de cancer du sein. Les résultats à l'issue de cette étude ont révélé un temps moyen passé en survie sans récurrence de 75,4 mois dans le groupe de femmes ayant reçu une chimiothérapie adjuvante contre 63,0 mois dans le groupe de femmes contrôle. Le temps moyen en récurrence est de 12,2 mois dans le groupe avec chimiothérapie contre 20,5 mois dans le groupe sans chimiothérapie. Enfin, le temps moyen avec toxicité est de 6 mois sans chimiothérapie contre 1 mois lorsqu'il y a chimiothérapie.

Les valeurs de QTWiST obtenues ont démontré une différence significative entre les deux groupes et l'intérêt de la chimiothérapie dans la prise en charge du cancer du sein (30).

## **I-2-2 Utilisation en Rhumatologie**

### **I-2-2-1- Aspects Epidémiologiques**

Les affections rhumatologiques sont diverses. On distingue principalement l'arthrose, l'ostéoporose, le mal de dos et plus sévèrement, la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante et la fibromyalgie. Elles sont toutes invalidantes et ceci à différents degrés de sévérité.

En France, en 2002, trois millions de personnes souffraient de maladies rhumatologiques à divers niveaux de handicap, les personnes âgées étant davantage touchées ; pour exemple, après 80 ans, 70% de femmes souffrent

d'ostéoporose. Mais certaines affections peuvent atteindre une population jeune. La polyarthrite rhumatoïde peut se retrouver chez tout le monde, quels que soit l'âge et le sexe, malgré une prédominance chez la femme en péri-ménopause (à partir de 40 ans).

On peut noter que chez ces patients, on observe une surmortalité. La mesure de la qualité de vie permet d'évaluer de façon objective la manière de vivre au quotidien avec la maladie et surtout le handicap (9, 63).

### **I-2-2-2-Les questionnaires**

Les questionnaires utilisés sont généralement auto-administrés pour plus de simplicité et pour une question de coût ; cette méthode présente deux inconvénients : le nombre de réponses incomplètes est plus important et la compréhension des questions est parfois incertaine.

Citons maintenant les principaux instruments de mesure spécifiques au domaine de la rhumatologie (ils peuvent être utilisés quelle que soit la pathologie rhumatoïde) (9).

#### **I-2-2-2-1- L'Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS)**

Ce questionnaire a été conçu pour les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde, mais il est également utilisé pour toutes les affections rhumatologiques (comme l'arthrose). La première version de ce questionnaire comprend 48 questions traitant de la santé physique, mentale et sociale.

Une seconde version (AIMS 2) a ensuite été développée. On y retrouve 57 items resserrés en 12 domaines de santé eux-mêmes recoupés en 5 composantes :

- composante physique : la capacité de déplacement, la marche et souplesse, les mouvements de la main et des doigts, les activités de la vie quotidienne, les tâches ménagères ;
- composante symptôme : les douleurs articulaires ;
- composante sociale : les activités sociales et le soutien de la famille et des amis ;
- composante rôle : le travail ;
- composante psychologique : l'anxiété et la dépression.

La santé perçue est évaluée par 12 questions supplémentaires. Une version française traduite et validée existe sous le nom d'Echelle de Mesure de l'Impact du Rhumatisme.

Pour conclure sur cet instrument, on dira qu'il est très peu utilisé par les praticiens car trop lourd et difficile d'emploi. Son intérêt principal se trouve en recherche clinique et en épidémiologie (9, 30).

#### **I-2-2-2-2- Le Health Assesement Questionnaire**

Il est tout particulièrement construit pour étudier l'incapacité fonctionnelle causée par la maladie. Il explore la capacité à réaliser des tâches dans la vie de tous les jours (exemple : l'habillage, la marche, l'hygiène, la préhension...). Chaque activité est cotée de 0 à 3 (aucune difficulté à impossible). Cet instrument est très largement utilisé chez les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (9, 30).

#### **I-2-2-2-3- Le Patient Elicitation Technique**

C'est une version d'un questionnaire autrefois appelé MACTAR. Il est utilisé chez les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthrite ankylosante, de fibromyalgie ou d'arthrose. Ce questionnaire n'est actuellement

pas validé en France, donc inutilisable. Le questionnaire est administrable uniquement par un enquêteur formé. Le patient est amené à réfléchir sur les problèmes rencontrés quotidiennement et causés par la maladie. L'enquêteur standardise ces problèmes et les rangent dans un des 9 domaines de fonctionnement : soins personnels, mobilité, activités liées au rôle dans la société, activités de loisir, communication, activités sociales, sommeil et repos, émotions, image de soi.

Deux autres questionnaires existent, le *Functional Status Index* et le *Mac Master Health Index Questionnaire*. Ils ne peuvent pas être utilisés en France car il n'existe pas de version française validée.

Par ailleurs, des instruments de mesure spécifiques à une affection rhumatologique précise ont été développés. Il existe, par exemple, des questionnaires spécifiques pour les patients atteints de fibromyalgie, d'ostéoporose, de lombalgie ou d'arthrose (9, 30).

### **I-2-3 Les maladies cardio-vasculaires**

En 2005, 28,4 % des français sont décédés d'une pathologie de l'appareil circulatoire. A partir de 65 ans, elle constitue le premier motif de consultation chez un médecin généraliste. Ainsi, plus du quart de la population de plus de 65 ans souffre d'hypertension artérielle.

Les maladies cardio-vasculaires sont nombreuses. Elles sont représentées par l'insuffisance cardiaque, l'angine de poitrine, les troubles du rythme et l'hypertension artérielle. Ces pathologies sont généralement non guérissables et le patient doit se plier à vie à un traitement. Si parfois des altérations fonctionnelles s'observent, le plus souvent, notamment en cas d'hypertension

artérielle, le patient est asymptomatique. En revanche, ce sont les traitements qui sont à l'origine de troubles et donc d'une altération de la qualité de vie amenant parfois même à un manque d'observance au traitement.

L'intérêt de la mesure de qualité de vie de ces patients est principalement axé sur les traitements. En effet, les traitements antihypertenseurs sont responsables d'effets neuropsychiatriques qui altèrent significativement la qualité de vie.

Ainsi, lors de la mise sur le marché de nouvelles molécules, les dossiers contiennent très souvent des données sur la qualité de vie (30, 58).

## **I-2-4- Infectiologie - utilisation chez les patients VIH**

### **I-2-4-1- Epidémiologie du VIH**

En France, on ne connaît pas exactement le nombre de personnes séropositives, mais on l'estime à 150 000, avec 6000 nouveaux cas chaque année.

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est devenue de nos jours une pathologie chronique. Les traitements mis en place pour limiter l'évolution de la maladie sont des multi-thérapies lourdes pour le patient. La maladie et les traitements ont des conséquences physiques et psychologiques chez le malade. Ils affectent ainsi sa vie affective et sexuelle, son insertion dans la vie professionnelle et dans la société. La maladie affecte en majorité une population jeune et elle conditionne leur projet d'avenir. A la différence des autres pathologies chroniques comme le cancer ou les maladies cardiovasculaires, le VIH touche une population en âge de fonder une famille et de travailler.

La notion de qualité de vie du patient atteint du VIH permet une nouvelle approche de la maladie. On s'interroge sur la manière de vivre avec la maladie et les traitements (4, 38, 61).

#### **I-2-4-2- Instrument de mesure**

Le Medical Outcome Study Short Form 36 Item Health Survey (MOS SF-36) (tableau III) est un auto-questionnaire proposé au patient. Il est constitué de 36 questions. A partir de ces questions, on extrait deux scores, le premier concernant la qualité de vie physique et l'autre concernant la qualité de vie mentale. Cet instrument de mesure explore par exemple :

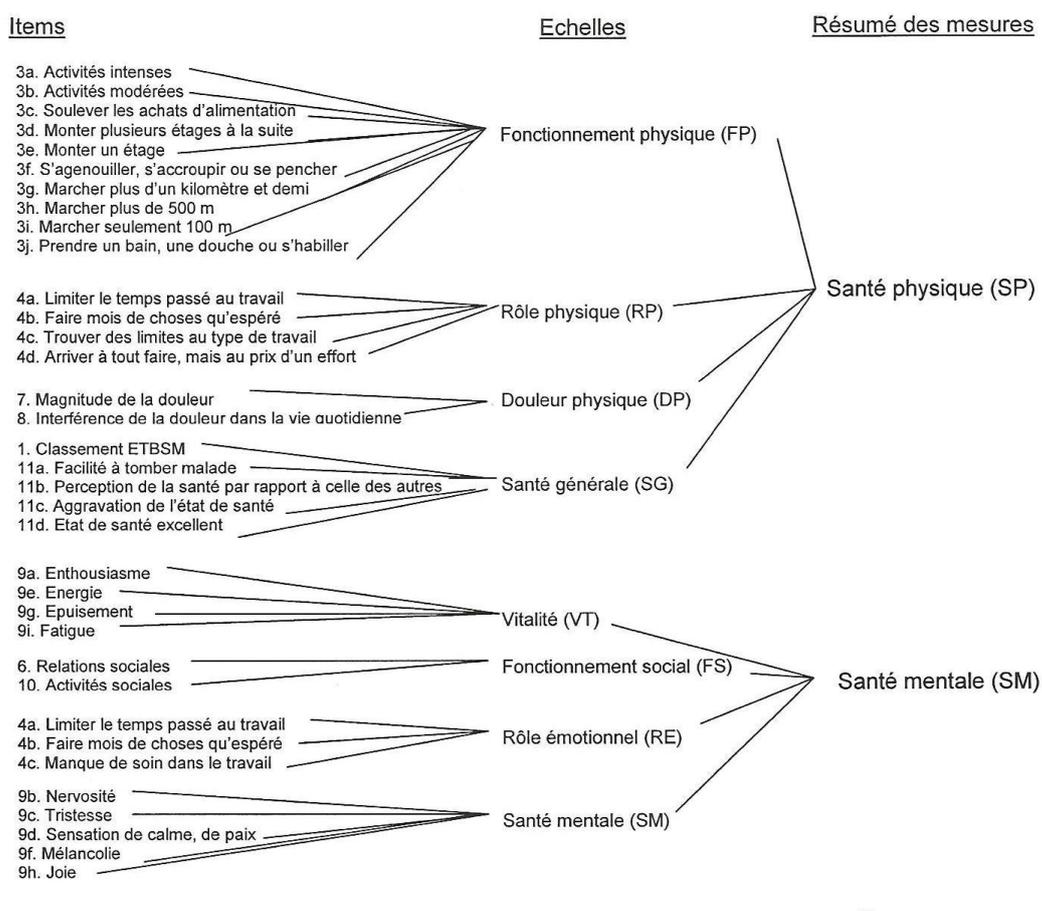
- la manière dont le patient perçoit l'évolution de sa maladie sur l'année ;
- la responsabilité de la maladie dans la limitation à l'exécution des tâches de la vie quotidienne ;
- la douleur, la fatigue, la notion de déprime et d'anxiété ;
- l'impact de l'état psychique sur la vie sociale (figure 4) (30, 37, 38).

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

**Tableau III : Exemple de questions du SF-36 (31)**

## Modélisation des mesures réalisées avec le questionnaire SF-36



**Figure 4: Modélisation des mesures réalisées avec le questionnaire SF-36**

(37)

### I-2-4-3 Etude et conclusion sur la qualité de vie du patient VIH

Ce questionnaire a été proposé à 2235 patients. Parmi ces patients, 53 % ont une qualité de vie physique dite acceptable (après comparaison avec des sujets sains ayant répondu au même questionnaire). 51 % ont une qualité de vie psychologique acceptable. Les patients plus âgés, la femme en couple sans enfants, les personnes qui cachent leur maladie à l'entourage et ceux bénéficiant d'un logement appréciable ont une qualité de vie physique augmentée.

Face à cette population, on retrouve les personnes précaires qui présentent une qualité de vie physique altérée. Les femmes avec enfants et les personnes jeunes donc actives ressentent également un impact notable de la maladie et des traitements sur leur qualité de vie physique.

La qualité de vie psychique est, quant à elle, liée aux phénomènes de discriminations auxquels le patient a pu être confronté. Ainsi, une personne ayant subi des discriminations par la famille, le travail ou les amis a une qualité de vie altérée. Cette qualité de vie psychique est plus importante chez les personnes sans difficultés financières et les femmes en couples (38).

### **I-2-5- Les autres pathologies concernées**

L'utilisation de la mesure de la qualité de vie liée à la santé est de plus en plus grande. Des questionnaires sont utilisés en neurologie notamment pour évaluer la conséquence d'un accident vasculaire cérébrale, de la sclérose en plaque, de la maladie de Parkinson ou bien de l'épilepsie sur la vie quotidienne du patient. La qualité de vie des patients algiques est également un domaine exploré. En gastro-entérologie, on peut ainsi observer le retentissement d'une maladie de Crohn ou bien d'une rectocolite chez un malade. L'asthmatique, le greffé, l'insuffisant rénal chronique sont autant de patients concernés par la qualité de vie liée à leur santé (30).

## **II- Psychologie des maladies: exemple du cancer**

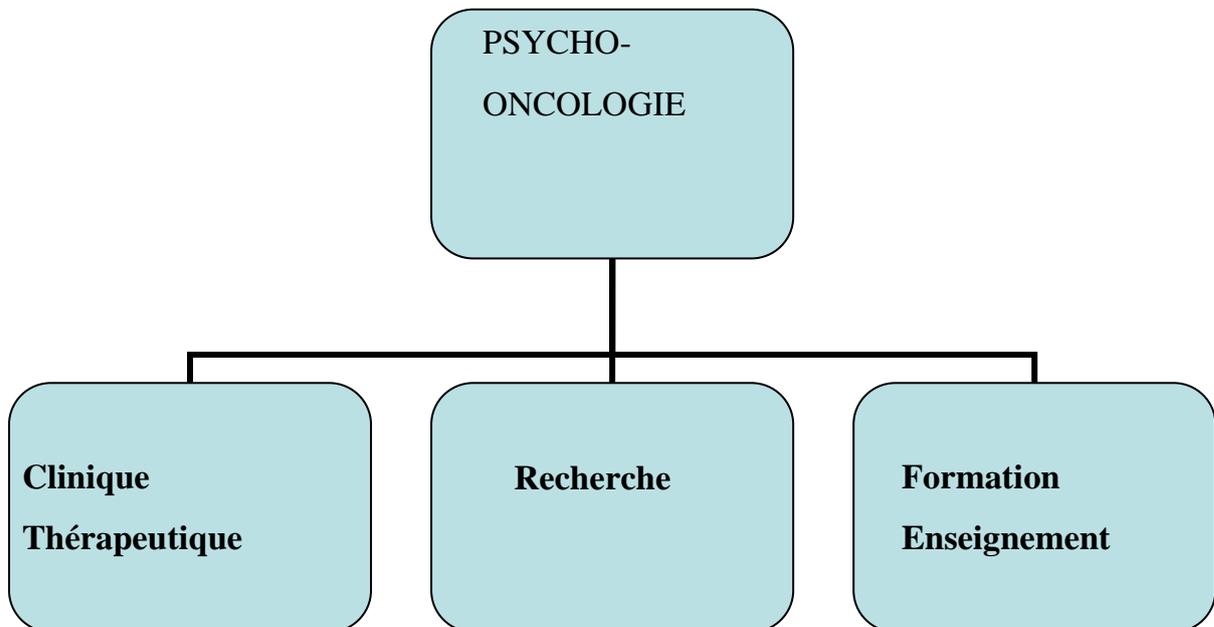
### **II-1 La psycho-oncologie**

#### **II-1-1 Définition et présentation**

La psycho-oncologie est une discipline qui s'intéresse aux effets psychologiques, psychiatriques, familiaux et sociaux du cancer. L'intérêt de développer cette discipline a résidé dans la conséquence gravissime que pouvait avoir la maladie cancéreuse sur le psychisme du patient et de ses proches (62).

#### **II-1-2 Les axes d'étude de la psycho-oncologie**

La psycho-oncologie est pluridisciplinaire (figure 5).



**Figure 5 : Représentation de la psycho-oncologie**

**Clinique et thérapeutique** : par l'étude des relations entre le psychisme du malade et les conséquences de l'annonce du diagnostique, des thérapeutiques, de la guérison ou de la mise en place des soins palliatifs.

Dans cette optique, la maladie est vue comme partie intégrante du malade. Elle fait partie de son histoire et influence ses relations sociales. Cette démarche permettra une prise en charge thérapeutique plus humaine avec la prise en compte de la souffrance psychique.

**Recherche** : On ne citera que les travaux sur la qualité de vie des patients cancéreux, l'évaluation des troubles psychologiques chez les patients en oncologie, l'éthique et toutes ses contraintes... Ces sujets de recherche permettent une meilleure connaissance des patients et du vécu de la maladie. Les résultats de ces études sont utilisés pour la mise en œuvre d'actions.

**Formation et enseignement** : la psycho-oncologie aide les médecins dans la relation qu'ils ont avec leurs patients. Cet enseignement traite tout particulièrement du retentissement psychologique de la maladie et des traitements chez le malade et son entourage (28, 41, 59, 62).

## **II-1-3 Les éléments de la relation psycho-oncologique**

### **II-1-3-1 La relation avec autrui**

La relation humaine permet le développement de la personne, la découverte de soi et des autres. Dans toute relation interhumaine, il est fondamental de reconnaître autrui comme individu avec ses différences, encore appelé altérité. Ce concept d'altérité est indispensable à l'individu pour se constituer et se reconnaître comme une unité physique et psychologique. C'est en acceptant

autrui comme élément extérieur et différent de soi que l'on peut devenir quelqu'un et se construire psychologiquement et biologiquement (28, 62).

### **II-1-3-2 La relation d'aide**

Cette relation correspond à un face à face comprenant une personne fragilisée et une personne en mesure de lui venir en aide. Plusieurs systèmes sont alors mis en œuvre :

- le savoir où l'aidant a les clés en main pour guérir le sujet vulnérable et ce dernier le choisit pour ses compétences ;
- l'affectivité qui permet une relation de confiance. L'aidant privilégie la relation avec le malade, ainsi il pourra trouver par lui-même des réponses sur ses traumatismes ;
- le social qui est mis en œuvre par les thérapies de groupe. La personne dans le besoin tisse des relations au sein d'une cellule sociale.

D'une manière générale, les patients arrivent à surmonter leur maladie grâce au soutien de leur entourage et à l'aide des équipes soignantes. Mais les troubles psychologiques, de tous types, sont une réalité et une majorité des patients en souffre au cours de leur maladie. La difficulté réside dans le fait que les médecins sont tiraillés entre la vérité et le besoin de donner de l'espoir à leurs patients. Ce problème lié à la communication des informations est vécu par les médecins et le personnel soignant comme un épuisement professionnel. Ce poids a été en partie déchargé des médecins grâce à leur collaboration avec des psychiatres et des psychologues et par l'aide d'associations (Psychologie et cancer, Société française de psycho-oncologie) (28, 41, 62).

### **II-1-3-3 Le médecin au cœur de la maladie**

#### **II-1-3-3-1 L'annonce de la mauvaise nouvelle**

Une mauvaise nouvelle se définit comme toute nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que le patient se fait de son avenir.

L'annonce de la maladie ou bien d'une nouvelle jugée grave est une chose difficile pour le médecin. Il est affecté par différents sentiments :

- il a peur de blesser le patient ;
- il peut ressentir de l'empathie ;
- il craint les reproches et notamment en cas d'inefficacité de la thérapie mis en place ;
- il a peur d'être dans l'inconnu ou dans l'impasse.

Par ailleurs, il est confronté à une part d'éthique : faut-il tout dire, peut-on cacher la vérité de manière légitime, le patient est-il assez fort pour entendre la vérité, quel est l'intérêt du patient ? L'article 35 du code de déontologie explique bien cette situation en rappelant que le médecin est tenu d'informer le patient qu'il soigne « toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination ». Ainsi, le médecin a le droit au silence s'il juge que celui-ci représente un intérêt pour le patient. Le risque est que cette position prise par le médecin peut installer une relation néfaste de non-dit entre malade-médecin.

Au moment de l'annonce, le médecin doit s'interroger sur la façon de partager la vérité. Dans un premier temps, la notion de gravité est très souvent différente entre le médecin et le patient. Pour exemple, aujourd'hui, les médias véhiculent

l'idée que l'on guérit de plus en plus du cancer ; le médecin se doit donc d'être très clair au moment de l'annonce afin que le patient ne se forge pas dans des idées préconçues de la maladie ; en effet, chaque diagnostic et pronostic reste personnel, unique à chaque malade.

De plus, dans chaque situation grave où la mort est au devant de la scène, le médecin est personnellement impliqué. En effet, au cours de ses études, le médecin est conditionné pour respecter une « distance thérapeutique » ; il ne doit pas s'impliquer de manière affective et relationnelle dans la maladie de son patient ; il est le technicien de la maladie. En pratique, le médecin peut déroger à cette règle quand il s'agit d'une annonce gravissime, par exemple l'annonce d'un cancer à un adolescent. Dans ces cas précis, il arrive que le soignant ne puisse s'empêcher de souffrir.

Enfin, il faut être très prudent quant aux circonstances d'annonce de la maladie. En effet, le malade est encore de nos jours très attaché à son médecin généraliste ; ce dernier est parfois le médecin de plusieurs générations au sein de la famille. Mais lorsque le patient est frappé par un cancer par exemple, le diagnostic est toujours posé à l'hôpital. Le médecin généraliste, par les relations qu'il a tissé avec le patient, se doit de garder ce rôle de confiance et doit lui-même annoncer la mauvaise nouvelle. Il est malgré tout le plus apte à juger de la capacité de son patient à entendre la vérité, il sait comment et quand annoncer le cancer, il peut également s'aider des proches du malade. Cette prise en considération par le médecin généraliste est très importante pour le patient qui se sent pris en charge personnellement dans sa maladie, il trouve un appui médical (3, 23).

### **II-1-3-3-2 En pratique – exemple du cancer du sein**

Quels sont les moyens mis en œuvre pour aider les femmes souffrant de cancer du sein et éviter que la maladie ne soit encore plus difficile à vivre ?

Il est primordial que la femme ne soit pas vue comme un « sein cancéreux » et la prise en charge globale est essentielle. Pourtant, trop de femmes ont le sentiment d’être vues comme un « cancer » et ceci est préjudiciable pour leur équilibre émotionnel. La Ligue nationale contre le cancer en était même arrivée à réclamer des « médecins plus humains ».

On entend par prise en charge globale :

- les soins médicaux les plus performants possibles avec des équipes compétentes ;
- une aide psychosociale qui permet de conseiller la patiente sur les problèmes de la vie quotidienne (travail, famille, société) et les troubles psychologiques (41).

#### **II-1-4 Quelles réactions face à la maladie ?**

Le patient passe par une phase dite d’Adaptation. Ce terme est en fait un concept attribué aux sujets qui ne souffrent pas de désordres psychologiques et qui se retrouvent un jour confrontés à la maladie. Selon la définition de Lazarus (1966), la stratégie d’adaptation ou coping est définie par « les efforts accomplis par un sujet pour essayer de résoudre les problèmes suscités par les demandes externes ou internes qui s’exercent sur l’organisme et que le sujet perçoit comme autant de menaces potentielles ». On étudie donc la réponse du sujet à tous les événements qui interagissent avec lui ainsi que les mécanismes physiologiques qui en découlent (3,28, 42).

On retrouve deux axes décrivant la stratégie d'adaptation.

#### **II-1-4-1 L'« emotion-focused »**

Il s'agit de la gestion des émotions et des sentiments. Face à une menace, on retrouve une traduction corporelle et une réaction intérieure avec des sentiments. Ce point de vue suppose donc qu'il faille apporter une attention toute particulière à l'expression des désordres psychiques occasionnés par la maladie et notamment au niveau de l'enveloppe cutanée (28).

#### **II-1-4-2 Le « problem-focused »**

Cet axe s'intéresse aux actions menées par le malade pour réagir. Celles-ci dépendent de sa propre personnalité (28).

#### **II-1-4-3 Conclusion sur la théorie d'adaptation**

Cette théorie d'adaptation est très intéressante dans la mesure où elle soutient et donne des clés sur la relation entre les malades et les personnes qui les aident (personnel de santé, entourage...). Il est nécessaire de respecter certaines conditions pour que l'Adaptation se réalise dans les meilleures conditions :

- la communication de l'information est primordiale pour que le patient puisse anticiper. Par exemple, les effets secondaires des traitements ou bien l'évolution de la maladie sont des éléments que le malade doit connaître. Cette connaissance lui permettra de mieux contrôler ses symptômes ; l'impact sur la qualité de vie se fera ainsi ressentir ;
  
- des évaluations sont nécessaires sur les stratégies d'adaptation, sur l'environnement et la manière dont se vit la maladie avec les proches, l'impact des symptômes sur la vie quotidienne et les répercussions psychiques ;

- la proposition aux patients d'un soutien psychologique.

Les réactions émotionnelles sont diverses et variées chez les femmes souffrant de cancer du sein. Elles ne doivent pas « faire peur » aux personnes qui les entourent (soignants et famille) (28).

## **II-1-5 Troubles psychologiques du patient atteint de cancer**

### **II-1-5-1 Echec de l'adaptation**

L'échec de l'adaptation a une prévalence d'environ 25% dans la population de patientes atteintes de cancer du sein. On retrouve chez ces malades plusieurs symptômes qui traduisent les troubles de l'adaptation : pleurs, mal-être, anxiété, pessimisme, irritabilité, idées noires, problèmes avec l'entourage... Ceci ne dure pas longtemps si une aide est apportée sous la forme de conseils pour apprendre à gérer les émotions ou de relaxation corporelle très efficace. Dans cette population, l'impact du cancer sur la qualité de vie n'est pas significatif car, selon une étude canadienne, on ne trouve pas de différence de scores de qualité de vie entre des patientes en rémission à 5 ans et une population témoin (41, 42).

### **II-1-5-2 L'anxiété**

On note l'apparition d'une anxiété qui touche environ 5% des femmes atteintes d'un cancer du sein. Les troubles anxieux se traduisent par de l'agoraphobie avec parfois attaque de panique, la phobie sociale ou les troubles anxieux généralisés. Ils sont dus à la focalisation sur un problème qui n'apparaît pas comme le plus menaçants; on peut éviter l'apparition des troubles anxieux en discutant sur les craintes les plus profondes et en évitant de rassurer à tort (41, 42).

### **II-1-5-3 Les troubles de l'humeur**

Certains troubles de l'humeur évoluent parfois vers la dépression. Le risque de dépression majeure est faible et ne dépasse pas les 10%. Ce chiffre apparaît plus important chez les femmes avec un cancer du sein qui métastase. La dépression est un facteur négatif sur l'adaptation et entache sévèrement la qualité de vie (avec risque majeur d'isolement social) (41, 42).

### **II-1-5-4 Le syndrome de stress post traumatique**

Le PTSD (Syndrome de stress post traumatique) touche environ 10% des patientes. Ceci se traduit par des troubles à types de cauchemars, flash-back et autres pensées intrusives (41, 42).

### **II-1-5-6 La vigilance**

Des problèmes de vigilance sont souvent observés et sont accentués par la prise de médicaments (41).

## **II-1-6 Impact de la maladie sur le psychisme, les études menées**

### **II-1-6-1 Les précurseurs – enquête sur les cancers gynécologiques**

Une première enquête a été réalisée en 1993 auprès de 2874 femmes atteintes de cancer gynécologiques ou mammaires (sein, ovaire ou utérus). Elle avait pour objectif d'étudier la qualité de prise en charge de ces femmes après l'annonce du diagnostic et jusqu'au retour à domicile. De cette première enquête ressort l'importance de l'information, de l'écoute et du dialogue à tous les stades et également la nécessité d'améliorer l'environnement hospitalier et l'accès aux aides matérielles pour une meilleure réinsertion après les traitements.

Depuis cette étude, la société a évolué et il est devenu nécessaire de réitérer l'expérience afin de compléter la première enquête (28).

#### **II-1-6-2 Le cancer du sein – enquête sur les troubles psychologiques**

L'impact psychologique de la maladie intervient à différents stades. Si nous prenons l'exemple du cancer, on retrouve une angoisse au cours des examens précédant le diagnostic, puis ensuite, l'agressivité et les effets secondaires des chimiothérapies, l'incertitude du pronostic, les difficultés dans la vie professionnelle et familiale pendant et après la maladie qui ont un retentissement sur l'équilibre psychologique du malade.

La perte de l'estime de soi, l'altération de l'image corporelle associée parfois à une mutilation, les problèmes de communication, de défense et d'adaptation sont sources d'angoisse et de dépression. Selon les études et le type de cancer, le pourcentage de patients anxieux et angoissés varie ; il peut atteindre 50% des femmes souffrant de cancer du sein. Chez les femmes atteintes de cancer du sein, l'image corporelle est moins altérée en cas de tumorectomie par rapport à la mastectomie, mais dans les deux cas, la détresse psychologique est identique.

Il faut savoir que le comportement émotionnel d'un patient va évoluer au cours de sa maladie et passer par différents stades : déni, anxiété, régression, dépression et adaptation à la réalité.

Cette altération de l'équilibre psychologique a des conséquences au niveau de la vie professionnelle du patient avec parfois perte d'emploi, difficulté de réinsertion après un arrêt de travail prolongé, discrimination. L'acceptation de la maladie par l'entourage professionnel est un facteur important pour l'amélioration de la qualité de vie. Aux niveaux familial et personnel, la maladie est souvent responsable d'une dégradation du dialogue avec autrui (famille,

amis). En effet, l'entourage doit faire face à une nouvelle situation qu'il ne maîtrise pas du tout (1, 21, 26).

### **II-1-6-3 Les travaux de « Ensemble Parlons Autrement du Cancer » (EPAC)**

On recense un retentissement psychologique de la maladie chez la quasi-totalité des patients cancéreux.

Sont en cause l'annonce de la maladie, les traitements « barbares », la phase terminale ou la rémission, épreuves auxquelles les malades ne sont pas préparés. La prise en charge psychologique se doit d'être intégrée dans la globalité de la prise en charge du patient. L'objectif est d'aider le malade et son entourage dans l'acceptation de la maladie et des traitements

Cette approche psychologique est proposée au malade et à sa famille mais également au personnel soignant qui peut se sentir impuissant devant la douleur et la maladie.

A la fin des années 1990, on a commencé à s'interroger sur le nombre de patients effectivement pris en charge, sur la demande de soutien des patients, sur le nombre de personnels soignants ayant recours à un psychologue... C'est ainsi qu'est né un groupe de travail psycho-oncologie appartenant au groupe EPAC.

Leurs travaux comprenaient cinq questionnaires élaborés spécifiquement pour des oncologues, des infirmières en oncologie, des psychologues, des patients et leurs proches. L'objectif des questionnaires était d'évaluer l'importance de la prise en charge psychologique et leurs attentes.

Les conclusions de cette étude sont les suivantes :

- trop peu de patients ont recours à un psychologue (7% consulterons à l'hôpital et 9% en dehors de l'hôpital en 1997) ;
- ¼ des patients n'ont pas recours possible à un psychologue ou à un psychiatre dans l'établissement de soin ;
- 1/5 des patients demandent une aide auprès d'un spécialiste mais seulement la moitié aura effectivement un entretien psychologique ;
- les psychologues ou psychiatres ne sont souvent pas spécialisés en oncologie ;
- le temps accordé au malade, famille et personnel soignant est trop court. Mais dans la plupart des cas, le résultat d'une consultation est jugé utile par les infirmières ;
- la prise en charge au moment de l'annonce est trop insuffisante ;
- le problème financier et le refus de prise en charge psychologique du patient lui-même sont à l'origine d'une faible prise en charge ;
- les patients jugent insuffisant un seul entretien psychologique ;
- les patients préfèrent la prise en charge par un psycho-oncologue (28).

### **II-1-7 L'atteinte en plein cœur de la féminité : la chute des cheveux**

Ce qui suit est tout spécialement conçu pour comprendre les modes de réaction de la femme face à sa perte de cheveux.

La chevelure a une dimension symbolique et culturelle. Elle est un indicateur du statut socio-sexuel. Elle est le symbole de la féminité. C'est pour cette raison que les femmes sont plus affectées que les hommes par la chute de cheveux. A titre d'exemple, selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 94 % des demandes de prise en charge des prothèses capillaires sont faites par des femmes. Cela dit, l'homme peut être fortement affecté par la chute de cheveux, et d'autant plus qu'il est plus jeune. En effet, passé un certain âge, la chute des cheveux peut être assimilée au vieillissement.

L'image de la maladie surgit à travers la perte des cheveux. Elle peut être source d'angoisse, avec la peur du regard de ses proches et notamment de ses enfants. La réaction face à la perte est conditionnée par le soutien affectif (bon garant de l'acceptation) et par le statut professionnel. En effet, la chute des cheveux est le reflet de la maladie. Certaines personnes cherchent à cacher leur cancer et notamment auprès de leurs collègues de travail. La chute de cheveux est ainsi la révélation de la maladie et est associée à une peur de perte de confiance, surtout quand le patient occupe un poste à responsabilité.

L'évolution de la relation au cheveu au cours de la maladie se fait selon trois stades :

- au moment de l'annonce de la maladie et des traitements, le patient est conscient qu'il va perdre ses cheveux ;
- la période de chute ;
- la phase où le patient est chauve.

Au moment de l'annonce de la maladie, le malade prend conscience de la perte prochaine de ses cheveux. Les craintes vont être conditionnées par les images socioculturelles de la perte du cheveu, des associations à la maladie. Une peur du regard des autres, du regard de sa famille s'installe. C'est dans cette phase que le soutien affectif doit être maximal afin de permettre l'acceptation de cette situation.

On peut anticiper la chute en coupant, puis en rasant les cheveux. Un moyen existe aussi pour diminuer la chute ; il s'agit du casque réfrigérant.

Le moment de la chute est vécu douloureusement dans les deux sens du terme. En effet, à la douleur psychique de perdre son identité s'ajoute une douleur physique plus ou moins intense comme en témoigne cette femme :

« Quand ça tombe, ça fait mal. C'est supportable mais ça fait mal. Vous avez des picotements à la racine. Du coup, quand vous mettez la tête sur l'oreiller, c'est désagréable ».

De plus, au moment de la chute, certaines femmes craquent et se rasant le peu de cheveux qui leur reste. Ces femmes témoignent :

« Je trouvais ridicule, ces trois poils qui me restaient sur le caillou »

« Je ne pouvais plus voir tous ces cheveux que je laissais autour de moi ».

Lorsque le patient est chauve, la peau du crâne est glabre. Le ressenti est différent selon les patientes. Pour certaines, ce n'est plus un souci une fois que tous les cheveux sont partis. Pour d'autres, c'est un signe d'efficacité des traitements. Certaines le vivent même comme une renaissance.

Malgré tout, les patientes cherchent à y remédier. Cette adaptation va se faire en utilisant des accessoires comme le foulard, la casquette, le chapeau, le turban ou en posant une prothèse capillaire (perruque, chevelure d'appoint ou postiche). Le choix de l'élément est fait en fonction du patient lui-même (âge, sexe, profession ou identité sociale), en fonction des lieux où il se trouve, s'il est seul ou avec des amis, s'il est chez soi... La prothèse capillaire est importante lorsque la personne stigmatise la maladie. Le fait de porter une perruque, par exemple, permet d'éviter le regard des autres et d'avoir un meilleur regard sur soi-même (52).

## **II-2 Exemple particulier du cancer du sein**

Cette partie traite de patientes souffrant de cancer du sein, femmes pour qui l'image de soi est sévèrement altérée. En effet, leur féminité est directement touchée.

## **II-2-1 Le sein : anatomie et physiologie**

Avant de commencer notre approche sur le cancer du sein, détaillons l'anatomie du sein.

Le sein est une glande pampilliforme qui se développe dans l'hypoderme de la paroi thoracique. Il s'agit en fait d'une glande exocrine que l'on peut apparentée à la glande sudoripare. A partir d'une coupe sagittale passant par le mamelon, on peut diviser le sein en diverses parties :

- l'enveloppe cutanée ;
- le corps mammaire ;
- une couche cellulo-adipeuse (rétro-mammaire).

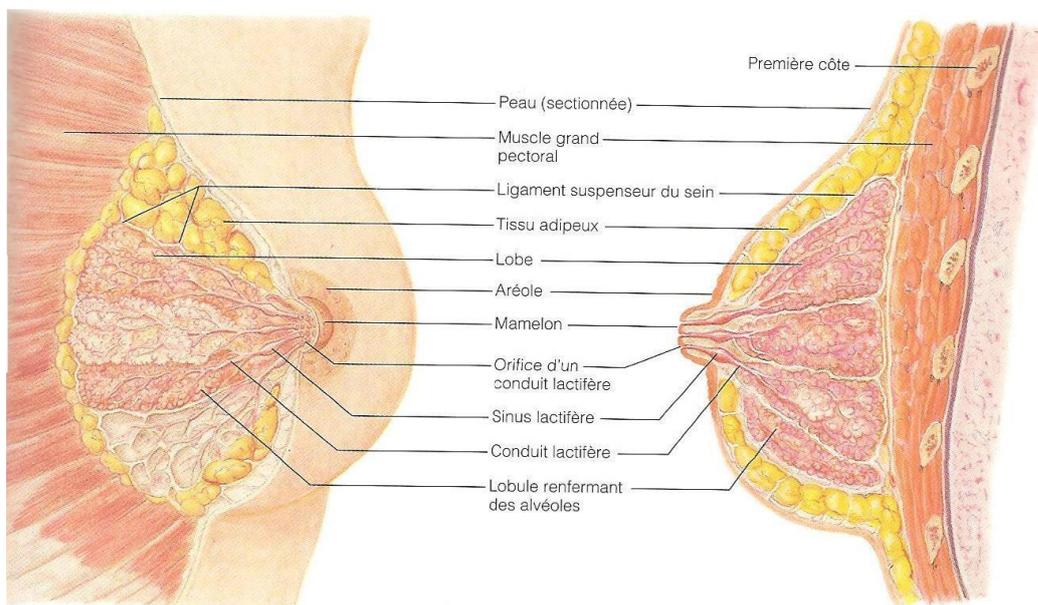
Les glandes mammaires se retrouvent dans les deux sexes mais elles sont fonctionnelles uniquement chez les femmes. Les seins se situent entre la troisième et la septième côte (figure 6). Jusqu'à la puberté, ils se définissent par un simple mamelon puis les glandes mammaires se développent dans le tissu sous-cutané par ramification des conduits lactifères.

Le sein se compose d'une zone périphérique, d'une aréole avec au centre de celle-ci le mamelon. La zone périphérique est lisse et de couleur identique à la peau adjacente ; l'aréole est la partie la plus proéminente du sein et mesure environ 15 à 30 mm de diamètre, elle est colorée de rosâtre à noir. Au pourtour de l'aréole se dispersent des glandes sébacées.

Enfin, le mamelon généralement ombiliqué sur l'aréole est perforé par les orifices des conduits lactifères. L'aspect du mamelon peut varier sous l'influence de différents facteurs comme le froid, le contact, les facteurs psychologiques. Ces stimuli entraînent un durcissement du mamelon qui est alors plus saillant. Les

conduits lactifères se divisent dichotomiquement et donnent naissance à des lobules.

La taille et la forme des seins ont une composante génétique et évoluent au cours de la vie sexuelle. Ainsi, on observe une grande évolution entre 8 et 15 ans avec développement des glandes, de l'aréole et du mamelon (2, 31).



**Figure 6 : Structure de la glande mammaire, ici en période de lactation. Vue antérieure et coupe sagittale (31).**

## **II-2-2 Le cancer du sein**

### **II-2-2-1 Prévention et facteur de risque**

Les facteurs de risques recensés et connus sont :

- les femmes qui n'ont pas eu d'enfant (nulliparité) ;
- les femmes qui ont eu leur premier enfant tardivement.

Ces deux premiers facteurs de risques peuvent expliquer en partie pourquoi, dans la société actuelle, le nombre de cancers du sein augmente, les femmes ayant leur premier enfant plus tardivement. En effet, en 2006, les femmes avaient en moyenne leur première enfant à l'âge de 28 ans.

D'autres facteurs ont été mis en cause et notamment des facteurs hormonaux, nutritionnels et génétiques :

- une puberté précoce et/ou une ménopause tardive : en cause, une imprégnation hormonale des tissus augmentée. Selon l'étude de HSIEH, pour deux années de retard à la puberté, on diminue de 10% le risque de cancer du sein. La ménopause a un effet protecteur ; ainsi, une femme ménopausée avant 45 ans aura un risque plus faible de cancer du sein. En résumé, ceci met en évidence le rôle néfaste de la surexposition aux estrogènes endogènes ;
- la contraception orale et l'allaitement. Il n'y a pas de lien clairement établi ; le risque serait, au pire, très minime ;
- le traitement hormonal substitutif oestro-progestatif augmenterait le risque de cancer du sein post-ménopausique et d'autant plus quand celui-ci est utilisé sur une longue période ;
- les implants mammaires en silicone ont été mis en cause ;
- l'alimentation avec la consommation importante de calories et l'obésité. A contrario, la consommation de fruits et légumes aurait un effet bénéfique. L'obésité augmenterait le risque de cancer post-ménopausique ;
- la consommation d'alcool et le tabagisme (le rôle du tabac dans le cancer du sein n'a pas encore été clairement établi) ;

- la sédentarité a un effet négatif. A contrario, il est bon de pratiquer une activité physique régulière. Trente minutes de sport par jour chez une femme entre 35 et 50 ans semble avoir un effet protecteur net ;
- chez 10% des patientes ont retrouvé un facteur familial ; parmi celle-ci, chez la moitié, ont identifié réellement la transmission d'un gène muté. Ces gènes mis en cause sont appelés Breast Cancer 1 et 2 (BRCA 1 et 2) (2, 31, 58).

### **II-2-2-2 Point épidémiologique**

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. On recense chaque année plus d'un million de nouveaux cas dans le monde, 30% des nouveaux cas de cancer du sein dans les pays industrialisés. Il tue 410000 personnes dans le monde chaque année (2002).

Les pays les plus touchés sont les Etats-Unis et le Canada avec un taux d'incidence de 85 pour 100000 ; au contraire, ce taux est faible au Japon. La mortalité par cancer du sein est importante dans les Iles britanniques. Aux Etats-Unis, la mortalité est proche de celle observée en France ou en Suède, par exemple. A noter que chez les femmes japonaises vivant au Japon, le taux de cancer du sein est faible et donc la mortalité par cancer du sein est faible ; mais pour les femmes japonaises migrant aux Etats-Unis, le taux d'incidence augmente visiblement (sans jamais rejoindre celui des américaines).

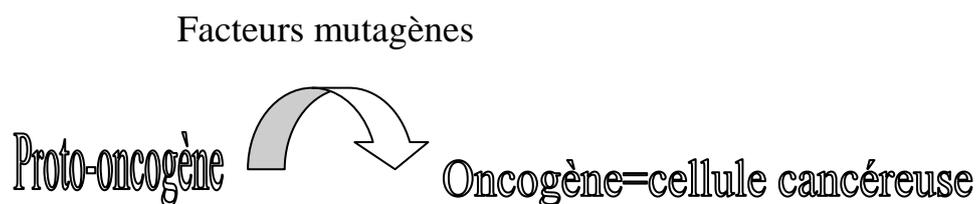
En France, en 20 ans (entre 1980 et 2000), le nombre de nouveaux cas a quasiment doublé alors que la mortalité a très faiblement augmentée, l'accroissement de l'incidence est de 2,4% par an.

Le taux global de survie relative à 5 ans après le diagnostique est de 85%. Il faut noter que plus de la moitié des cancers du sein touche des femmes de plus de 65 ans.

En 2000, le nombre de nouveaux cas recensés est estimé à 41000, ce qui correspond à 35,7% des cancers féminins ; il a tué 11637 femmes soit 20,2% des décès par cancer. Les hommes peuvent être touchés. Ceci est plus rare mais ce type de cancer chez un homme est généralement plus grave (2, 52).

### **II-2-2-3- Genèse du cancer du sein**

Il convient de connaître le mécanisme de développement du cancer pour mettre en place la meilleure stratégie thérapeutique. Le cancer est le résultat d'une altération de l'ADN par des facteurs dit mutagènes externes (virus, radiations, les agents oxydants en quantités importantes, le tabac, l'alcool...). Ainsi, les fonctions de la cellule vont se trouver modifiées et acquiert des caractéristiques : croissance incontrôlée, résistance à l'apoptose, développement d'une néovascularisation tumorale, la capacité à métastaser. Ces caractéristiques sont liées à l'existence de gènes appelés oncogènes dans la cellule tumorale. Ces gènes sont le fruit de la transformation d'un proto-oncogène d'une cellule normale par mutation par exemple (figure 7).



**Figure 7 : Formation de la cellule cancéreuse**

Cette étape d'initiation est suivie d'une phase de constitution et de développement de la tumeur. Ainsi, la cellule cancéreuse devient tumorale.

Comme nous avons pu le voir dans les facteurs de risque, les cancers du sein sont étroitement liés aux hormones. En effet, de nombreuses études et les données

épidémiologiques ont montré le lien entre les estrogènes et le développement de cellules mammaires cancéreuses ayant un récepteur aux estrogènes. En stimulant la production des cellules mammaires, les estrogènes augmentent le risque d'erreur lors de la réplication ; ils peuvent aussi altérer directement l'ADN par les produits de leur métabolisation : les adduits.

Les taux d'estrogènes sont augmentés dans un tissu mammaire cancéreux (production plus importante liée à différents mécanismes complexes).

70% des cancers du sein ont des récepteurs aux estrogènes (RE+).

En pratique, un cancer du sein se manifeste par la modification de la texture cutanée, par un plissement de la peau, un écoulement du mamelon. La mammographie (figure 8) reste le moyen de dépistage précoce permettant d'allonger la survie. On recommande également un auto-examen des seins afin de détecter précocement toute anomalie (11, 51).



**Figure 8 : Femme en train d'effectuer une mammographie (31)**

## **II-2-3 Prise en charge des cancers du sein par des méthodes non pharmacologiques**

### **II-2-3-1 Le traitement locorégional**

La prise en charge locorégionale du cancer du sein fait intervenir des chirurgiens, des médecins oncologues, des radiologues et des radiothérapeutes, ceci dans le but de contrôler la tumeur et de limiter les conséquences esthétiques de la « mutilation » (2).

### **II-2-3-2 La chirurgie carcinologique et reconstructrice**

La chirurgie est restée pendant longtemps le seul traitement efficace dans la prise en charge du cancer du sein.

L'acte chirurgical peut correspondre à une simple exérèse de la tumeur (tumorectomie) ou bien à une ablation de l'ensemble de la glande mammaire (mastectomie). La mastectomie est la méthode de chirurgie carcinologique radicale. Cette chirurgie ôte la glande mammaire, l'aréole et une partie du tissu cutané. En pratique, il existe une mastectomie dite radicale avec exérèse d'une partie de peau, de la glande et de l'aréole et une mastectomie conservatrice de l'étui cutané qui permet de réaliser une reconstruction immédiate par les techniques de lambeau ou par implant.

L'évolution des mentalités a contribué à comprendre l'intérêt de préserver le sein au cours d'une chirurgie carcinologique. En effet, dans les années 1980, la chirurgie de reconstruction mammaire a trouvé sa place dans le monde de la cancérologie. Aujourd'hui, la chirurgie reconstructrice est indispensable et aboutit à des résultats esthétiques satisfaisants après exérèse, si les conditions le permettent ; elle est même devenue une discipline à part entière : l'oncoplastie.

L'oncoplastie est une discipline qui comprend un traitement conservateur et une reconstruction mammaire. Le chirurgien est de plus en plus amené à avoir la double compétence : d'un côté, il doit être en mesure de retirer la tumeur, de l'autre, il est amené à exercer avec les qualités d'un chirurgien plasticien.

La pratique de l'oncoplastie doit répondre aux critères de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation Sanitaire), critères définis dans le cahier des charges suivant :

- l'exérèse répond à l'intervention d'une chirurgie plastique ET oncologique ;
- le remodelage glandulaire comble la zone d'exérèse ;
- l'aréole est repositionnée au sommet du sein ;
- il y a symétrisation si cela est nécessaire.

En pratique et de manière schématique, un chirurgien réalisera, si ceci est possible :

- une chirurgie carcinologique conservatrice ;
- une reconstruction immédiate ou non (2, 22, 28).

#### **II-2-3-2-1 Les traitements conservateurs**

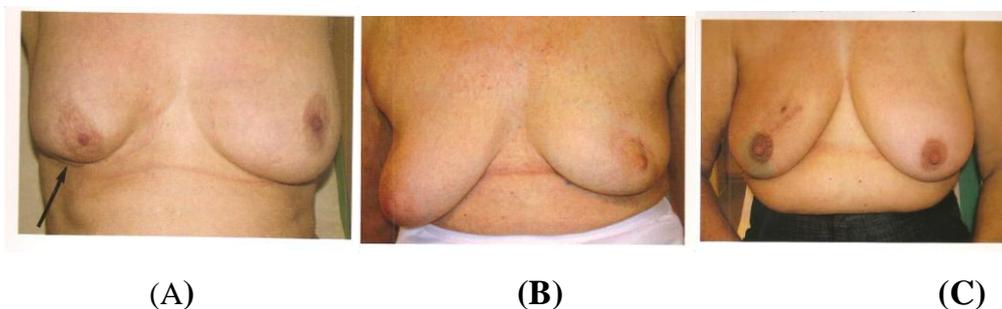
Les traitements conservateurs ont pour objectif d'éviter les méthodes radicales et invasives avec un résultat carcinologique identique. La conservation est rendue possible par des incisions esthétiques et par un remodelage glandulaire. Il est important de noter que cette conservation peut être fortement compromise. Si au cours de l'opération, il y a conflit entre les contraintes carcinologique et esthétique, le chirurgien avantagera la rigueur carcinologique.

D'autres facteurs vont également entrer en jeu : le volume de la tumeur par rapport à celui du sein (par exemple, une tumeur de 5 cm sur un sein volumineux pourra bénéficier d'un traitement conservateur, ce qui ne sera pas possible sur un

sein de petit volume), l'endroit de la tumeur, le degré de ptose. Il faut donc savoir que le traitement conservateur ne sera pas réalisable chez les femmes ayant des seins peu volumineux ou sans ptose même si la tumeur est petite. Chez ces femmes, on réalisera seulement un remodelage.

Les techniques qui ont été développées et qui permettent un meilleur résultat sont les incisions cutanées et le remodelage glandulaire. En effet, on sait que l'incision péri-aréolaire ou latéro-mammaire externe donne des résultats esthétiques plus satisfaisants quel que soit le siège de la tumeur. De plus, le remodelage doit être immédiat après l'ablation de la tumeur, notamment pour empêcher la formation d'un hématome qui causerait une déformation importante de la zone opérée. Il est important de noter que plus le résultat de la chirurgie est mauvais et plus les conséquences de la radiothérapie ultérieure seront visibles (22, 28).

La photographie (A) représente un échec tant sur la symétrie que sur l'esthétisme avec des cicatrices visibles. La photographie (B) met en évidence un échec sur la symétrie avec un résultat esthétique satisfaisant. La dernière (C) dévoile une réussite tant sur le plan esthétique que symétrique.



**Figure 9: Traitement conservateur (22)**

### II-2-3-2-2 La reconstruction immédiate

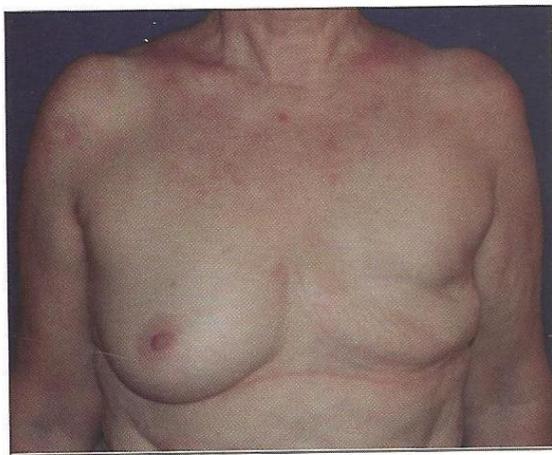
L'objectif de la reconstruction immédiate est de retrouver la forme et le volume initial du sein. Elle est beaucoup plus satisfaisante en termes de résultats esthétiques par rapport à une chirurgie réalisée secondairement. Une performance accrue par la technique des lambeaux et par l'amélioration des prothèses. Les techniques chirurgicales utilisent :

- des prothèses, dans la majorité des cas, malgré une durée de vie limitée et une symétrie dégradée par le vieillissement et la variation de poids ;
- des lambeaux sans prothèses : le résultat est excellent mais au détriment du site donneur de lambeau ;
- des lambeaux avec prothèses dans les cas où les lambeaux ne sont pas suffisant pour combler le volume ;
- de la graisse par lipo-filling en complément des autres techniques pour ajuster le galbe.

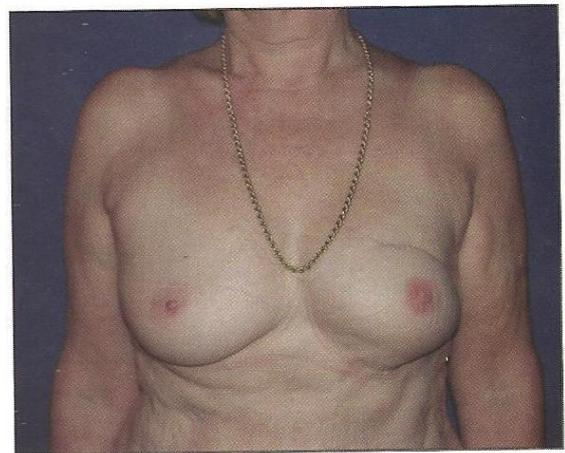
Toutes les patientes ne sont malheureusement pas de bonnes candidates à la reconstruction immédiate. Plusieurs critères de choix vont être pris en compte. Au niveau carcinologique, le carcinome doit être *in situ* ou infiltrant ; dans le cas du carcinome infiltrant, la conservation de l'enveloppe cutanée doit être possible. Par ailleurs, au niveau esthétique, les conséquences sont importantes chez les patientes recevant une radiothérapie après la chirurgie. Si la technique chirurgicale utilise des prothèses, la radiothérapie entraîne fréquemment une contracture obligeant une deuxième intervention chirurgicale. Certains chirurgiens excluent donc la reconstruction mammaire immédiate si une radiothérapie ultérieure est réalisée, d'autres envisagent tout de même la reconstruction immédiate mais seulement par la technique des lambeaux.

En pratique, on s'orientera vers une reconstruction mammaire immédiate (RMI) en fonction de la séquence thérapeutique mise en œuvre. La RMI par prothèses n'est pas compatible avec la radiothérapie tout comme la RMI par lambeaux n'est pas compatible avec les chimiothérapies car il y a un retard de cicatrisation. La meilleure indication de la RMI est bien entendu lorsque la chirurgie est le seul traitement mis en place (2, 18, 22).

### **II-2-3-2-3 La reconstruction mammaire différée**



a. avant



b. après

**Figure 10 : Reconstruction mammaire différée après mammectomie (19)**

Elle se fait généralement plusieurs mois après la fin des traitements adjuvants. La reconstruction mammaire différée s'opère de manière à respecter une symétrie, et se termine par la reconstitution d'une aréole et d'un mamelon. Elle est réalisée par la méthode des lambeaux à distance et/ou des prothèses. La reconstitution de l'aréole et du mamelon se fait par greffe ou tatouage.

#### **II-2-3-2-4 Séquelles post-chirurgicales**

La chirurgie est souvent associée à une destruction mammaire avec des conséquences esthétiques disgracieuses. Dans les deux mois qui suivent la chirurgie, plusieurs complications sont observées :

- des hématomes qui peuvent être prévenus par un soin porté à l'hémostase au cours de l'intervention chirurgicale ;
- des lymphocèles éliminés par un drain de Redon uniquement chez les patientes ayant subi une mastectomie ;
- des problèmes de cicatrisation ;
- une induration, puis parfois calcification du lit tumoral.

Un curage axillaire peut être associé à la chirurgie. La technique du ganglion sentinelle a permis d'en réduire les séquelles esthétiques (18, 28).

#### **II-2-3-3 La radiothérapie**

Elle se fait souvent en complément de la chirurgie et d'autant plus, s'il s'agit d'une tumorectomie. En effet, après une tumorectomie seule, de nombreuses études ont mis en évidence le bénéfice certain de la radiothérapie dans la prévention des récurrences locales. Ceci est très important car on estime que pour quatre récurrences locales évitées une vie est sauvée. Des facteurs prédictifs de récurrence locale tels que le jeune âge ou la taille de la tumeur seront un critère de choix de radiothérapie.

Des réactions cutanées peuvent survenir immédiatement après l'irradiation. Elles sont assez fréquentes et peuvent aller de la simple gêne à l'inconfort majeur,

nécessitant l'arrêt temporaire des séances de radiothérapie. Ces réactions se manifestent au cours des premières séances par un érythème fugace, puis après environ 15 jours de radiothérapie, on observe une épidermite sèche avec pigmentation progressive, desquamation fine et prurit léger.

Une toxicité au long terme est également rapportée avec une augmentation des cancers du sein contro-latéraux, des cancers secondaires du poumon ou de l'œsophage et des décès d'étiologie cardio-vasculaire.

La radiothérapie peut être partielle. On parle alors d'Irradiation Partielle du Sein (IPS). Seul le volume de la tumeur initiale est irradié, épargnant ainsi une partie de la glande mammaire. Les avantages de cette méthode sont le temps de traitement relativement court (une semaine contre cinq dans la méthode classique), le faible niveau d'irradiation et donc une toxicité au long terme moindre. En pratique, on réalise cette IPS par curiethérapie interstitielle dans la majorité des cas ; on place des cathéters qui couvrent la zone de la tumeur et on le relie à un projecteur de source ou on le charge avec des fils d'iridium.

Une irradiation des aires ganglionnaires peut être réalisée selon les cas. L'intérêt, qui est de limiter l'apparition de cancer secondaire, est de plus en plus discuté. Il existe différents aires ganglionnaires dont le choix d'irradiation se fera selon la progression de la maladie : les aires ganglionnaires axillaires, les aires sus-claviculaires, la chaîne mammaire interne.

Donc, la radiothérapie permet de mieux contrôler l'évolution et d'améliorer la survie mais parfois l'origine de quelques complications. Il est important de bien sélectionner les patientes qui pourront tirer bénéfices de la radiothérapie (8, 18, 39).

## **II-2-4 La chimiothérapie : prise en charge pharmacologique**

### **II-2-4-1 Place de la chimiothérapie dans la prise en charge**

Elle limite le risque de métastases et est indiquée chez la majorité des femmes en raison d'une efficacité sur les rechutes et sur la mortalité. L'utilisation avant la chirurgie permet de diminuer la taille de la tumeur.

Une méta-analyse réalisée en 2005 à Oxford regroupa les données réalisées sur plusieurs études commencées avant 1995. Cette méta-analyse a pour objectif de quantifier les bénéfices de la chimiothérapie adjuvante. Ces études ont suivi plus de 35000 patientes ayant reçu une chimiothérapie adjuvante. Les conclusions sont les suivantes : une diminution de 38% du risque de décès à un an pour les femmes de moins de 50 ans, ce risque est abaissé de 20 % pour la tranche d'âge 50-69 ans. Un bénéfice sur la survie à 10 ans de 11%.

Les anthracyclines apportent un bénéfice sur le risque de rechute (12%) et sur les décès (11%). A noter que ces études ne portaient pas sur les protocoles utilisant des taxanes mais seulement des protocoles avec une anthracycline (2, 18, 65).

### **II-2-4-2 Indications**

Le choix de mise en place d'une chimiothérapie adjuvante se fait après l'intervention chirurgicale ; les critères d'inclusion sont les suivants :

- des facteurs pronostics (taille tumorale, atteinte ganglionnaire, âge inférieur à 35 ans) ;
- des facteurs prédictifs qui vont jugés de la réponse aux traitements (hormonothérapie par exemple) ;
- des caractéristiques individuelles permettant de juger de la sensibilité de chacun face aux effets secondaires des traitements

Ainsi, on déterminera pour chaque patiente :

- un des trois niveaux d'hormono-sensibilité (certaine, incertaine ou absente) ;
- une sensibilité probable au trastuzumab ;
- un des trois niveaux de risques de métastases (faible, moyen, élevé).

Si la tumeur mesure moins de 3 cm, on réalise une exérèse de la tumeur avec un curage axillaire. La chirurgie est suivie d'une radiothérapie et d'un traitement par chimiothérapie ou par hormonothérapie.

Si la tumeur mesure plus de 3 cm et il n'existe pas de signes d'inflammation, ni de ganglions palpables, ni d'atteinte du mamelon, on réalise alors une mastectomie. Une tumorectomie est possible si elle est associée à une chimiothérapie néo-adjuvante.

Si la tumeur mesure plus de 3 cm et il s'agit d'un cancer inflammatoire, une chimiothérapie est réalisée en première ligne puis une mastectomie associée le plus souvent à la radiothérapie (2, 39, 48).

### **II-2-4-3 Molécules utilisées et protocoles dans le cancer du sein**

La stratégie thérapeutique mise en place dépend des facteurs énoncés précédemment.

#### **II-2-4-3-1 Cas des tumeurs hormono-INSensibles**

Chez les femmes présentant une tumeur hormono-insensible, c'est-à-dire qui ne présentent pas de récepteurs hormonaux aux estrogènes et à la progestérone, la chimiothérapie adjuvante est systématiquement recommandée. Ce sont généralement les tumeurs les plus redoutées par leur caractère agressif.

Les traitements par chimiothérapies incluent classiquement des anthracyclines. Les anthracyclines les plus utilisées sont la doxorubicine et l'épirubicine, moins cardiotoxique. Les protocoles classiquement mis en place correspondent au FEC ou FAC (Fluoro-uracile, Adriamycine ou épi-adriamycine, cyclophosphamide) ou Docétaxel associé à l'adriamycine ou à l'Herceptin®.

Les taxanes ont un intérêt et une efficacité démontrée dans les formes métastatiques. Ils sont utilisés seuls ou associés (protocoles taxotère ou TAC ou AC Taxol).

Il existe également des associations de 5-fluorouracile et vinorelbine ; des protocoles plus agressifs peuvent être instaurés pour les tumeurs les plus agressives. A contrario, pour une tumeur de petite taille, l'intérêt de la chimiothérapie doit être discuté (2, 11, 39, 46).

#### **II-2-4-3-2 Cas des tumeurs HER-2**

Ce type de tumeur exprimant HER-2 est pris en charge par le trastuzumab (Herceptin®) (39).

#### **II-2-4-3-3 Cas des tumeurs hormonosensibles**

Ces tumeurs dites hormono-sensibles sont prises en charge au moyen de l'hormonothérapie (39).

#### **II-2-4-4 Toxicité des chimiothérapies**

Nous ne traiterons que de la toxicité des molécules utilisées dans les protocoles de chimiothérapie du cancer du sein. La liste des effets toxiques de la

chimiothérapie n'est pas exhaustive ; il s'agit ici de démontrer la sévérité des traitements afin d'en comprendre mieux l'impact psychologique.

De nos jours, de nombreux traitements anticancéreux existent. Ils sont de plus en plus efficaces, mais le problème de leurs effets secondaires n'a pas encore été résolu. Les patients doivent faire face à des contraintes liées aux traitements parfois sévères. L'acceptation de la maladie et les difficultés rencontrées au cours des traitements agissent sur l'équilibre psychologique des malades et déstabilisent leur vie quotidienne.

#### **II-2-4-4-1 Toxicité cutanée et sur les phanères**

##### **II-2-4-4-1-1 L'alopecie**

Une alopecie transitoire, très impressionnante pour la patiente qui perd ses cheveux brutalement, est observée une douzaine de jours après le début de la chimiothérapie. Les cheveux repoussent dès l'arrêt des médicaments, parfois avec une texture et une couleur modifiée. Les molécules généralement mises en cause sont les anthracyclines, les taxanes, la navelbine et le cyclophosphamide. On limite cette chute de cheveux en posant un casque réfrigérant 20 minutes avant la chimiothérapie et ceci jusqu'à 45 minutes après la chimiothérapie (8, 24).

##### **II-2-4-4-1-2 Réactions au soleil**

Une photosensibilisation est observée avec le méthotrexate, le 5-FU, la vinblastine, l'adriamycine et l'actinomycine D. Une protection solaire maximale est donc systématiquement recommandée (39).

#### **II-2-4-4-1-3 Syndrome main-pied**

Un syndrome main-pied se caractérise par un érythème douloureux, souvent associé à une paresthésie des plantes de pieds et des paumes de main, et pouvant aller jusqu'à la desquamation. On conseillera une crème émolliente pour limiter son apparition (8).

#### **II-2-4-4-1-4 Ongles fragilisés**

Une atteinte unguéale (ongles fragiles et cassants) se manifeste avec le cyclophosphamide, le 5-FU, la doxorubicine et le docetaxel. Le taxotère entraîne généralement une dysmorphie de l'ongle et un dédoublement réversible.

L'onicholyse et le périonyxis sont peu esthétiques et occasionnent des douleurs handicapantes dans la vie de tous les jours (8).

#### **II-2-4-4-1-5 Autres**

Les anthracyclines peuvent causer une réaction caustique au point d'injection.

Une hyperpigmentation linéaire, des lésions érythémateuses des extrémités ou des plis peuvent être observées avec la bléomycine (39).

#### **II-2-4-4-2 Toxicité digestive**

Les mucites buccales ou gastro-intestinales ont un impact sur la qualité de vie du patient avec un aspect de lésions blanchâtres, muguet brun ou noirâtre, « chevelu », langue rôtie. Elles peuvent être le départ d'une dénutrition et d'anorexie en rendant l'alimentation douloureuse.

Des diarrhées généralement modérées sont également recensées (8, 24, 39).

### **II-2-4-4-3 Toxicité chronique avec le cyclophosphamide et la polychimiothérapie.**

Une aménorrhée parfois irréversible (chez les femmes proches de la ménopause) est responsable de symptômes que l'on observe chez une femme en ménopause précoce. Une prise en charge par traitement de l'insuffisance ovarienne est contre-indiquée chez les femmes atteintes de cancer du sein (8, 46).

### **II-2-4-4-4 Autres effets toxiques**

Ils ne sont pas visibles mais altèrent le quotidien et le bien-être des patientes.

La fatigue est plus ou moins intense en fonction du malade et de l'intensité de la chimiothérapie. On observe une faiblesse la semaine qui suit la première cure. Plus les cures se succèdent, plus la fatigue est intense. Chez certaines patientes, la fatigue est telle qu'elles ne sortent plus de chez elles, d'où la nécessité de réviser le traitement pour permettre à la patiente une récupération.

Les nausées et vomissements peuvent survenir de manière anticipée avant la chimiothérapie ou après le début ou de manière retardée, 24 h post-chimiothérapie. L'intensité des nausées et des vomissements est dépendante de la chimiothérapie.

Les troubles hématologiques (anémie, leucopénie et thrombopénie) par destruction des cellules souches hématopoïétiques en voie de différenciation sont également la cause d'une altération de l'état général du patient (8, 24, 39, 46).

## **II-2-5 L'hormonothérapie**

L'hormonothérapie est le traitement de choix pour les tumeurs hormonosensibles. L'hormonothérapie bloque l'action des estrogènes sur les cellules cancéreuses. Elle apporte le meilleur rapport bénéfices risques. La prise en charge par des moyens pharmacologiques est de loin la méthode la plus acceptable pour les patientes par rapport aux moyens chirurgicaux (ovariectomie, hypophysectomie et adrénalectomie).

Les trois grandes classes thérapeutiques de l'hormonothérapie sont les anti-estrogènes, les anti-aromatases et les progestatifs. Les anti-estrogènes sont représentés par le Tamoxifène®, la classe des progestatifs par le Megace® et les anti-aromatases par Femara®, Arimidex® et Aromasine®.

La castration est également un moyen de lutter contre ce type de cancer. Elle se fait chirurgicalement ou par radiothérapie. Elle est réalisée chez des femmes jeunes, non ménopausées, avec une tumeur invasive hormonosensible et constitue une alternative au Tamoxifène®.

Chez les femmes castrées ou ménopausées, la conversion des androgènes en estrogènes constitue la source majeure d'estrogènes. La prise d'inhibiteurs de l'aromatase (anastrozole, letrazole, formestane ou exemestane) permet de diminuer ce taux d'estrogènes.

Le Tamoxifène® est la molécule la plus prescrite. Il s'agit d'une molécule qui module spécifiquement les récepteurs aux estrogènes. Elle inhibe de manière compétitive la liaison des estrogènes à leurs récepteurs. Elle a prouvé son efficacité quel que soit l'âge chez les patientes avec récepteurs aux estrogènes, avec une amélioration de la survie à 10 ans. La mise en place d'un traitement d'au moins cinq ans serait plus bénéfique qu'un traitement de courte durée.

Malgré son intérêt majeur dans la prise en charge de ce type de cancer, elle est responsable de nombreux effets non désirés. En effet, il est fréquent d'observer des troubles cutanés (éruption, érythème, allergie), des troubles génitaux avec une aménorrhée, des troubles du cycle, un prurit vulvaire, des spotting, des bouffées vasomotrices, par exemple.

Par ailleurs, on observe chez certaines malades une résistance aux traitements anti-hormonaux. Les mécanismes de résistance sont de plusieurs types :

- résistance immédiate au Tamoxifène® dans 40% des cas de cancer du sein avec récepteur aux estrogènes. Il s'agirait d'un mécanisme de déplacement du Tamoxifène® des récepteurs estrogéniques vers l'estradiol qui est en concentration importante dans le tissu tumoral ;
- résistance par transformation de l'activité antagoniste du Tamoxifène® en agoniste. Ce mécanisme est rarement observé ;
- résistance par rupture de la balance co-activateur/co-inhibiteur entraînant une augmentation de la sensibilité aux estrogènes (2, 11, 39, 46, 65).

### **II-2-6 L'immunothérapie**

L'immunothérapie est réalisée dans certains types de cancers du sein, les cancers métastatiques ERB2+. Dans ce type de cancer, la protéine erb2 est en surexpression. Cette surexpression concerne 20 % des cancers du sein. Le trastuzumab (Herceptin®) est un anticorps monoclonal qui cible spécifiquement cette protéine. Cet anticorps peut être utilisé seul ou en association au placitaxel et/ou à la capecitabine, en association à l'hormonothérapie.

Par exemple, dans le cas d'un cancer avec surexpression erb2 et avec présence de récepteurs hormonaux, on associera un inhibiteur de l'aromatase avec l'immunothérapie.

Les effets secondaires de l'Herceptin® sont nombreux. Les patients sont affaiblis avec fréquemment une asthénie, une anorexie, un amaigrissement, des douleurs thoraciques et osseuses et une fièvre avec des frissons. Des troubles cardiovasculaires sont également recensés.

En ce qui concerne les atteintes cutanéomuqueuses, on observe couramment un exanthème, des prurits, une sécheresse cutanée, de l'acné, une alopécie, une altération des ongles. Ces signes sont encore plus importants quand le trastuzumab est associé à une chimiothérapie.

Des troubles mentaux et comportementaux ont été rapportés. L'anxiété, la dépression, la confusion mentale et les troubles du sommeil ont été fréquemment rapportés. Ceux-ci ont un impact significatif sur la qualité de vie des patientes (14, 39, 65).

## **III- Enveloppe cutanée et psychologie de la maladie**

### **III-1 Constitution de la peau**

Les thérapies utilisées dans de nombreuses pathologies ont un effet cutané (sécheresse, prurit, érythème, acné...).

Par ces multiples rôles, une altération de la peau a des conséquences multiples au niveau de l'organisme. Nous allons donc nous intéresser de plus près à cet organe qu'est la peau.

#### **III-1-1- Physiologie**

Chez l'adulte, la peau pèse environ 3,5kg pour 2 m<sup>2</sup>. Elle constitue l'organe du corps humain le plus étendu.

La peau est un organe qui remplit de nombreuses fonctions. Il n'est pas une simple enveloppe qui recouvre l'ensemble du corps. La peau a un rôle de protection face aux agressions extérieures, un rôle de régulation de la température corporelle et elle nous permet d'avoir des sensations tel que le toucher ; elle remplit également des fonctions immunitaires.

La peau est constituée de trois couches : l'épiderme, le derme et l'hypoderme (figure 11). Chaque tissu est constitué de cellules ayant des rôles précis (10, 33, 35).

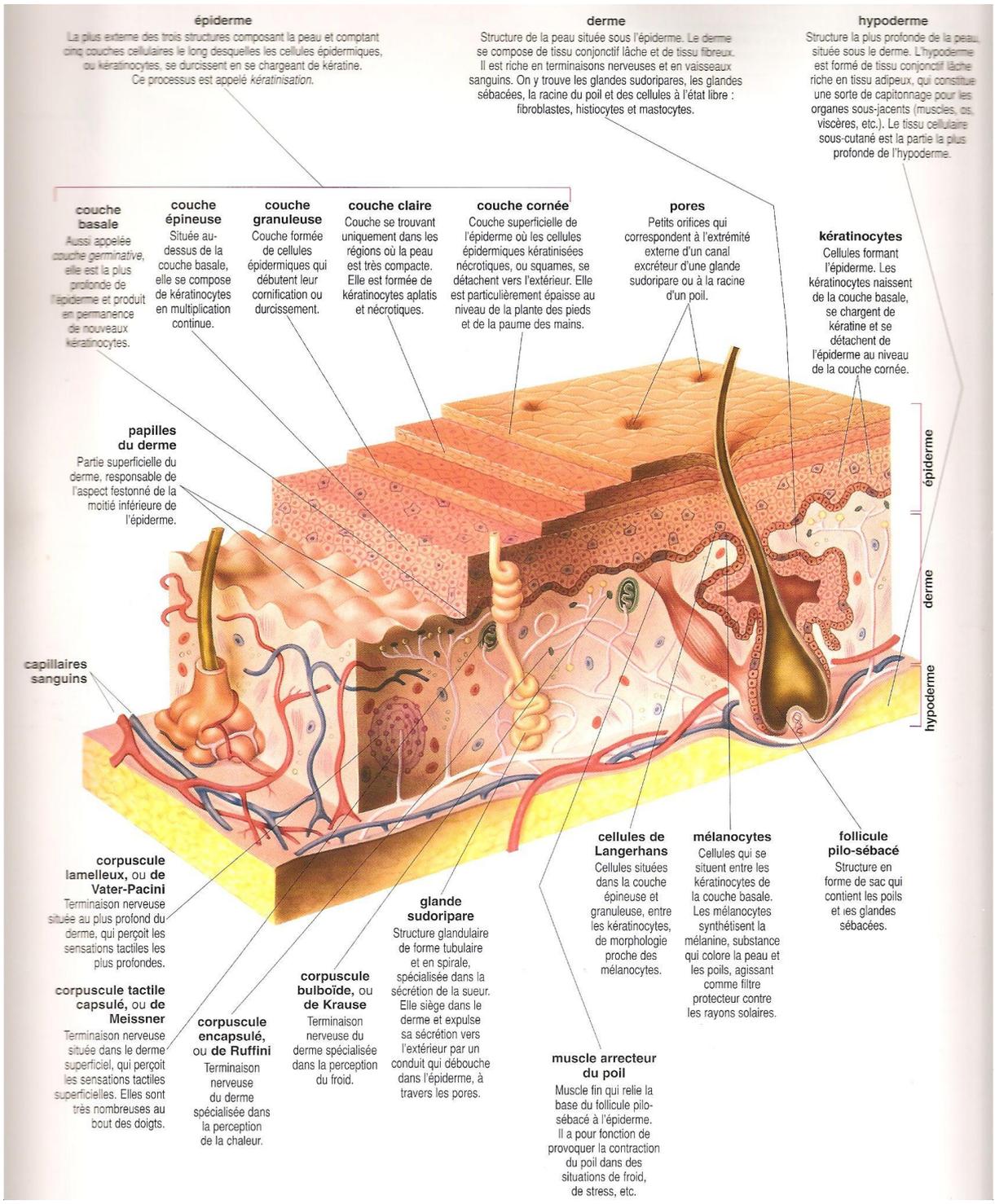


Figure 11 : La peau (47)

### III-1-1-1 L'épiderme

L'épiderme est un épithélium pavimenteux stratifié qui est constitué de quatre types cellulaires et de quatre à cinq couches. Parmi ces types cellulaires, on retrouve les kératinocytes, les mélanocytes, les corpuscules du tact et les macrophages intraépidermiques.

Les kératinocytes de la couche cornée produisent une substance hydrofuge, la kératine ; ainsi, en repoussant l'eau, elle apporte fermeté et protection à la peau. Les kératinocytes remplissent un rôle de protection face aux agressions physiques, chimiques et biologiques (effet barrière) ; ils ont également un effet sur les pertes hydro-électrolytiques. De plus, la couche cornée est la plus extérieure, elle est donc celle qui se voit. De ce fait, elle joue un rôle esthétique majeur. L'aspect esthétique de la peau va dépendre de son état (une desquamation excessive peut être influencée par le vieillissement ou un état pathologique de la peau, un taux d'hydratation de moins de 10% rend l'aspect de la peau sec, craquelé, écaillé, inconfortable et inesthétique, un taux d'hydratation trop important est également disgracieux). La couche cornée est la partie de la peau qui intéresse les cosmétiques.

Les mélanocytes sont des cellules épithéliales qui produisent un pigment appelé mélanine. Elles se situent dans les couches profondes de l'épiderme. Les mélanocytes sont responsables de la pigmentation cutanée. Ils protègent les couches profondes de la peau des rayons ultra-violet.

Les macrophages intraépidermiques ou cellules de Langerhans, situées dans l'épiderme et dans les follicules pileux, ont un rôle de défense immunitaire.

Les corpuscules du tact ou cellules de Merkel enfin, sont des récepteurs sensitifs qui se trouvent à la jonction entre le derme et l'épiderme (31, 32).

### **III-1-1-2- Le derme**

La deuxième couche constituant la peau est le derme. Ce tissu conjonctif confère à la peau ses propriétés de résistance face au déchirement et d'élasticité à l'étirement. Les cellules que l'on y retrouve sont les fibroblastes, les macrophagocytes, des mastocytes et des globules blancs.

On peut distinguer deux zones constituant le derme :

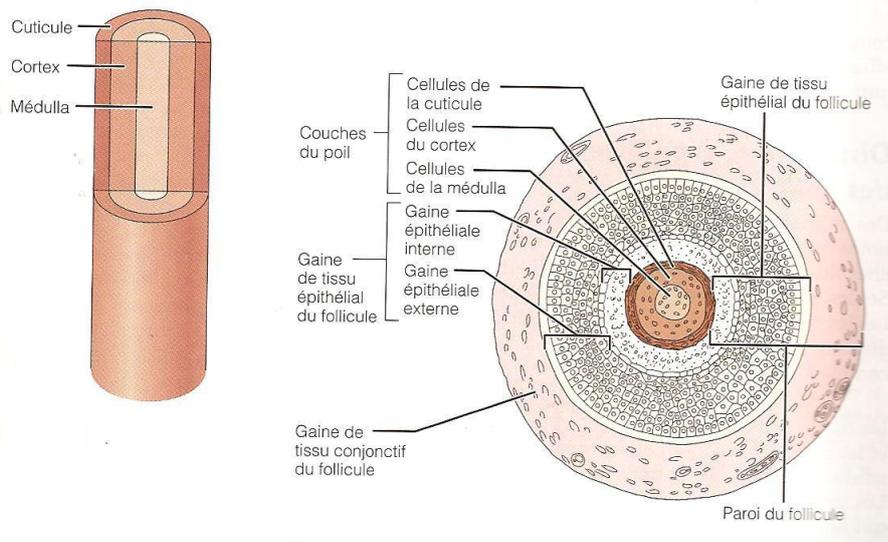
- la couche papillaire : cette partie du derme est lâche et vascularisée ; elle contient des terminaisons nerveuses et de nombreuses fibres de collagène. Sa juxtaposition avec l'épiderme lui confère un rôle de nutrition des couches profondes de l'épiderme ;
- la couche réticulaire du derme contient de nombreuses fibres de collagène entremêlées. Il est en relation avec l'hypoderme par des vaisseaux sanguins (31, 35).

### **III-1-1-3- Les annexes de la peau**

Il est important de faire un rappel sur les annexes de la peau. Ils sont également la cible de la toxicité médicamenteuse.

#### **III-1-1-3-1 Les poils**

Le poil est fabriqué à partir du follicule pileux. Il est composé majoritairement de kératine dure. Deux parties constituent le poil, la tige qui émerge et la racine encreée dans la peau. De plus, il est divisé en trois parties concentriques de cellules kératinisées. Du centre vers l'extérieur, on retrouve la médulla, le cortex et la cuticule (figure 12).



**Figure 12 : Structure du poil et de son follicule (31)**

Ils recouvrent la presque totalité du corps, remplissant un rôle de protection de la peau et des muqueuses. En effet, les cheveux protègent le crâne des rayons ultraviolets nocifs ; les sourcils et les cils protègent les yeux face aux corps étrangers ; les poils des narines empêchent la pénétration de grosses particules dans le nez.

Le cheveu se compose de trois zones : la cuticule à l'extérieur, le cortex qui lui donne sa couleur par sa composition en mélanine, la moelle au centre. Le cheveu contient de la kératine et possède donc des propriétés de résistance, d'élasticité et peut se charger négativement. Il a une durée de vie moyenne de 2 à 7 ans. Une chute de cheveux intense (effluvium) peut être liée à différents facteurs : une maladie, un traitement médicamenteux, une irradiation, un stress psychologique pouvant aboutir à une alopécie totale ou chute totale des cheveux.

Les cheveux poussent d'environ 0,3 à 0,5 mm par jour (31, 35).

### **III-1-1-3-2 Les glandes sudoripares**

Un être humain compte environ 2,5 million de glandes sudoripares, réparties sur la totalité de la surface du corps à l'exception des mamelons et de certaines parties génitales externes.

Les glandes sudoripares eccrines se répartissent sur la presque totalité du corps et sont majoritairement présentes au niveau du front, de la paume des mains et de la plante des pieds. Ces glandes se prolongent par des canaux et des pores qui permettent l'excrétion de la sueur. La sueur apocrine, encore appelée « perspiration insensible », est composée d'eau, de sel, d'urée, d'acide urique, d'acides aminés, de sucres, d'acides lactique et ascorbique. Elle assure l'hydratation permanente de notre peau. Par son pH de 4,5 donc acide, elle limite le développement des germes.

Les glandes sudoripares apocrines se retrouvent au niveau des aisselles, des régions mammaire, ombilicale, pubienne et anale. Elles libèrent une sueur lactescente, épaisse et alcaline sous l'influx de stimuli comme la peur ou l'angoisse (31, 35).

### **III-1-1-3-3 Les glandes sébacées**

Les glandes sébacées sont des glandes dites exocrines holocrines qui se répartissent sur tous le corps à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds.

Elles sont toujours annexées à un follicule pileux (figure 13). Elles sécrètent une substance huileuse, le sébum. Ce dernier se compose de lipides et de débris cellulaires. Il permet de protéger le poil du dessèchement et d'assouplir la peau. Le sébum limite également l'évaporation de l'eau et le développement de germes. Les glandes sébacées sont à l'origine de certaines affections cutanées.

La sécrétion de sébum diminue avec l'âge (sébstase) et est responsable d'une sécheresse cutanée. Lorsque le pore sébacé se bouche, des comédons se forment. Leur couleur noire est liée à l'oxydation de la mélanine et des composés gras qui les constituent. Si ces comédons s'infectent, apparaissent alors les pustules. Chez les personnes souffrant d'acné, ces pustules se retrouvent majoritairement au niveau des zones riches en glandes sébacées, c'est-à-dire au niveau du cou, du dos, de la poitrine et du visage. L'acné est également liée à une hyperkératinisation de l'épiderme au niveau de ces endroits du corps qui majore l'obstruction des pores (31, 35, 47).

## COUPE TRANSVERSALE D'UN FOLLICULE

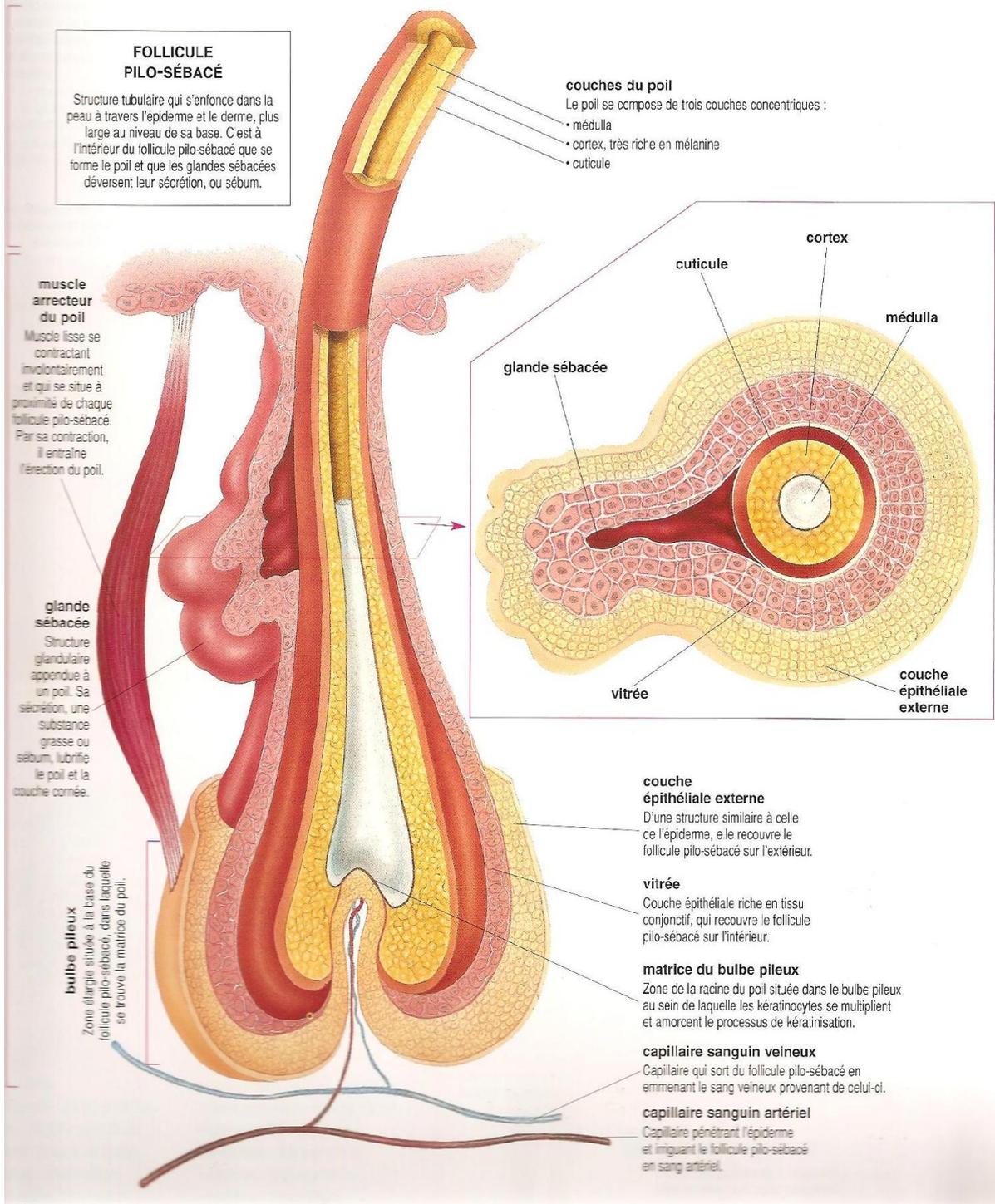
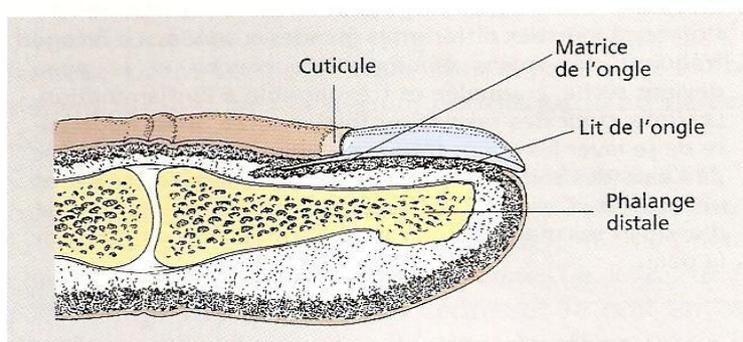


Figure 13 : Follicule pilo-sébacé (47)

#### III-1-1-3-4 Les ongles

Les ongles sont issus de la modification écailleuse de l'épiderme (figure 14). Ce sont des plaques de cellules cornées épidermiques compactes et dures qui permettent la préhension, le grattage en cas de démangeaison et protègent le bout des doigts et des orteils des blessures. L'ongle se compose d'une extrémité libre, du corps et de la racine proximale (sous la peau). Sous l'ongle, on retrouve une couche épidermique qui forme le lit de l'ongle. La partie proximale épaisse du lit de l'ongle constitue la matrice. C'est à partir de cette matrice que se fait la croissance de l'ongle. L'ongle pousse d'environ 1/10<sup>ème</sup> de millimètre par jour. La région en forme de croissant blanc reposant sur la matrice est la lunule. Le *vallum* de l'ongle correspond aux plis cutanés des bordures proximales latérales de l'ongle. Le *vallum* postérieur déborde sur le corps de l'ongle, il s'agit de la cuticule ou éponychium (31).



**Figure 14 : Coupe longitudinale de l'extrémité du doigt et de l'ongle (35)**

### III-2 Les grandes fonctions de notre peau

Notre peau est essentielle au maintien de notre équilibre. Elle remplit de nombreuses fonctions qui permettent à notre organisme de se protéger, de se réguler, de s'identifier, de se repérer et de se nourrir.

### **III-2-1 Le rôle protecteur de la peau**

La notion de protection face aux agressions extérieures résulte du fait que la peau est à la fois une barrière chimique, physique et biologique.

La notion de barrière chimique est liée aux sécrétions de la peau et à la mélanine qui la constitue. Le film liquide acide présent à la surface de la peau abaisse le pH de celle-ci et permet ainsi de limiter le développement bactérien. Le sébum, quant à lui, est riche en substances bactéricides et constitue ainsi une deuxième arme face aux microbes.

De son côté, la mélanine protège des rayons ultra-violets.

La barrière physique ou mécanique est liée à la continuité de la peau. La présence de glycolipides dans l'épiderme permet d'éviter la perte en eau et de limiter l'entrée de substances hydrosolubles. Ainsi, peu d'éléments sont à même de pénétrer au travers de la peau.

Enfin, la barrière biologique est constituée des macrophages de l'épiderme et de macrophagocytes du derme. Ces éléments jouent un rôle dans les défenses immunitaires en présentant les antigènes (virus ou bactéries) aux lymphocytes (31, 35).

### **III-2-2 Innervation et rôle dans le toucher**

La sensibilité se définit comme la capacité à identifier les modifications de l'environnement ou de notre corps. Cette définition est d'autant plus vraie lorsque l'on parle de la peau.

Grace à des récepteurs sensoriels, un stimulus extérieur est transmis sous forme d'influx électrique ou sous forme de réaction chimique puis se transforme en potentiel d'action. Pour exemple :

- les mécanorécepteurs identifient une traction ou une pression ;
- les thermorécepteurs sont sensibles au chaud et au froid ;
- les nocirécepteurs réagissent à une lésion tissulaire par la douleur.

Toutes les informations intégrées par ces différents récepteurs sensoriels sont acheminés jusqu'à la moelle épinière et/ou au cerveau. A ce niveau d'intégration, une réponse est formulée.

La peau est tout particulièrement riche en récepteurs sensoriels car elle représente la barrière naturelle avec l'environnement ; ces récepteurs sont des extérorécepteurs car ils perçoivent les stimuli venus de l'environnement. Ainsi, la peau est en mesure d'identifier un objet et elle permet « l'expérience de sa propre surface corporelle » (exemple : la dureté d'une chaise).

Les récepteurs cutanés transmettent les stimuli aux aires sensorielles du télencéphale. On distingue les récepteurs tactiles qui sont responsables du toucher (disques de Merckel au niveau de la peau glabre, corpuscules de Meissner au niveau des doigts, des paumes et des plantes de pied, des paupières, des lèvres et des organes génitaux ; corpuscules de Vater-Pacini plus profondément dans le tissu sous-cutané, corpuscules de Ruffini au niveau du derme) et les récepteurs thermiques ou thermorécepteurs (intègrent des chaleurs de 10 à 45° ; au-delà et en-deçà, ce sont les récepteurs de la douleur qui sont stimulés).

Dans la vie quotidienne, cette peau qui est la nôtre nous relie au monde extérieur. Une caresse ou le contact du vêtement sur la peau sont ressentis grâce aux papilles du derme ; un coup ou une pression importante sont identifiés au sein de l'hypoderme ; les plexus de la racine des poils permettent de repérer le vent qui souffle et un cheveu tiré ; la douleur causée par un produit chimique ou par le chaud ou le froid trop intense est reconnue grâce à toutes les terminaisons nerveuses qui serpentent dans toute la peau (31, 32, 35).

### **III-2-3 Autres fonctions**

La peau est responsable de la thermorégulation. Lorsque la température de l'environnement atteint les 32°C, les vaisseaux sanguins se dilatent et les glandes sudoripares sont stimulées afin d'éliminer de grandes quantités d'eau. Ainsi, l'organisme peut perdre jusqu'à 12 L d'eau par jour. En se débarrassant de l'eau, l'organisme élimine la chaleur du corps et se rafraichit. Une température basse provoque un mécanisme inverse avec vasoconstriction.

La peau intervient dans le métabolisme du calcium. En effet, les molécules de cholestérol sont transformées en vitamine D sous l'effet du soleil. Cette vitamine permet par exemple l'absorption du calcium au niveau intestinal.

Enfin, l'élimination d'une petite quantité de déchets tels que l'urée, l'ammoniaque et l'acide urique sont éliminés de la peau par la sueur (31).

### **III-3 Peau et Psychologie**

La peau est tout d'abord un organe vital comme le disent si bien les expressions « sauver sa peau » ou « se faire trouer la peau ».

L'individu est identifié par sa peau, elle est l'expression de l'identité profonde. On parle de « miroir de l'âme ».

La peau est l'expression de nos sentiments et se révèle être un véritable outil de communication. Elle traduit un sentiment d'envie ou bien de gêne dans une situation embarrassante; en effet, « on pâlit d'envie » ou bien on devient « rouge de honte ». Citons quelques expressions qui prouvent combien la peau est le reflet de nos sentiments ou bien de nos sensations comme « bien dans sa peau », « entrer dans la peau d'un personnage » ou bien encore « faire peau neuve ».

Des mécanismes physiologiques sont à l'origine de ces constatations : la colère entraîne une montée d'adrénaline, responsable d'un afflux sanguin diminué sous

la peau et donc d'une pâleur de la peau ; la timidité par le mécanisme inverse va se traduire par un rougissement cutané ; la peur met en œuvre le système sympathique et entraîne un redressement des poils par action sur le muscle horripilateur.

Elle est le reflet d'un bon état général. Ainsi, une peau saine signifie une bonne santé ; une peau pâle traduira la fatigue ou la maladie. Une peau jaunite peut traduire une pathologie hépatique ; une peau couleur de bronze signe la maladie d'Addison (hypofonctionnement du cortex surrénal). Dans ce même état d'esprit, certaines maladies de peau sont liées plus ou moins directement à un conflit psychique. Une poussée de psoriasis est souvent liée à une contrariété ; l'apparition de vésicules herpétiques est causée par le stress et l'inquiétude ; l'urticaire, qui se caractérise par des plaques rouges très prurigineuses, peut être d'origine complètement psychosomatique. Certains spécialistes identifient des maladies cutanées à un conflit intérieur lié au rejet de soi (15, 24, 31, 35).

## **IV- Cosmétiques et contexte pathologique**

### **IV-1 - Place et intérêt d'une prise en charge des patients par le biais de cosmétiques**

Depuis, l'intégration de la première socio-esthéticienne au sein d'un hôpital (Institut Gustave Roussy à Villejuif), la réinsertion du malade dans la vie sociale et professionnelle entre dans le cadre de la prise en charge du malade. La notion de bien-être personnel a ainsi intégré l'hôpital.

#### **VI-1-1- Définitions**

D'une manière générale, la notion de conseil en image permet d'aider à améliorer l'aspect extérieur de la personne et s'encadre dans la prise en charge globale de la maladie. Elle s'appuie sur la notion d'identité corporelle face à la maladie et aux traitements parfois agressifs.

La socio-esthétique s'appuie sur l'interactivité avec la personne soignée par le biais de soins esthétiques. En effet, les médecins sont tous conscients que le cancer atteint sévèrement l'image corporelle ; l'image de soi physique et sociale est perturbée ; l'on démontre ainsi que le soin esthétique s'impose comme moyen de remédier à cette perte d'estime de soi (6, 64).

#### **VI-1-2- Intérêts de la socio-esthétique à l'hôpital**

Au sein des hôpitaux, la socio-esthétique c'est tout d'abord la présence d'un espace axé sur le corps et le bien-être, sans penser à la maladie et aux soins. Elle participe également à l'humanisation des soins et à l'amélioration de la qualité de

vie des sujets soignés à l'hôpital. La socio-esthétique apporte également aux personnels soignants qui accompagnent au quotidien le malade ; la relation entre la socio-esthéticienne et le personnel médical est fondamentale pour une prise en charge optimale du patient. Chacun apporte par son domaine de compétence (6, 64).

#### **IV-1-3- En pratique, que propose-t-on aux patients ?**

Les socio-esthéticiennes prodiguent des conseils techniques et préventifs afin de limiter les conséquences de la maladie et des traitements sur l'image corporelle. Elles conseillent, par exemple, des soins pour éviter que les ongles ne cassent, des soins corporels adaptés à la sécheresse cutanée et à la déshydratation de la peau.

Dans un premier temps, les socio-esthéticiennes proposent un questionnaire aux patients afin de cibler leurs attentes, leurs envies, leur personnalité. Elles peuvent ainsi dispenser un soin personnalisé aux patientes. En général, cinq rendez-vous sont nécessaires pour un conseil et une prise en charge complets et efficaces.

Les rendez-vous avec la socio-esthéticienne peuvent avoir lieu dans la chambre du malade ou bien dans l'espace réservé aux soins esthétiques. A l'issue des différents rendez-vous, un guide personnel est délivré aux patients :

- des conseils esthétiques et sur l'hygiène corporelle ;
- des conseils en image personnelle en fonction de leur couleur, de leur coiffure, de leur silhouette ; ainsi que des conseils sur les accessoires à envisager (chapeaux, perruques, prothèses mammaires).

Ainsi, tous les conseils prodigués permettent de pallier les transformations subies par le corps tout au long de la maladie. Les patientes peuvent ainsi rester maitresses de leur image corporelle (6, 64).

## **IV- 2- La formation des esthéticiennes**

Nous avons vu précédemment que la relation avec le patient malade est difficile. Il s'agit d'une personne différente de celle que l'on peut rencontrer dans les instituts de beauté en ville ; il est quelqu'un de blessé intérieurement, parfois mutilé physiquement par les traitements et la chirurgie ; ce sont des personnes qui n'ont plus confiance en leur corps. Toutes ces raisons obligent les esthéticiennes qui s'occupent d'eux à être informés sur la maladie, sur les retentissements psychologiques et le comportement des malades.

Au sein du CHU de Tours existe une formation unique en France : les Cours D'Esthétiques à option humanitaire et Sociale (CODES). Cette formation enseigne la socio-esthétique ; autrement dit, les esthéticiennes apprennent à donner des soins esthétiques aux personnes malades et souffrantes. On les prépare à affronter des personnes dont l'intégrité physique est bouleversée (accidentés, personnes âgées, malades comme les patients cancéreux...), ou bien qui souffrent d'atteinte psychologique (malades mentaux, alcooliques et toxicomanes) ou encore en détresse sociale (chômeurs, détenus...).

Les cours sont donnés par des personnes expérimentées ; il s'agit de psychologues, de médecins, de directeurs d'établissement sociaux et de socio-esthéticiennes diplômées. La formation a pour objectif d'allier le soin et la psychologie du malade (51, 64).

## **IV-3- Les soins mis en œuvre**

### **IV-3-1- Les conseils aux patientes**

#### **IV-3-1-1- Les soins du visage**

Les conseils portent tout d'abord sur les soins du visage (figure 15). En effet, au décours de la chimiothérapie et de la radiothérapie, la pigmentation, la couleur et le grain de peau peuvent être perturbés ; une sécheresse cutanée ainsi que des cernes foncés sous les yeux sont également observées.



**Figure 15 : Les soins du visage (54)**

La peau doit restée nette ; un nettoyage quotidien est primordial pour retirer toutes les impuretés, le maquillage et les squames et ainsi diminuer les risques d'irritation. Pour cela, il faut utiliser une lotion ou une crème nettoyante douce sans alcool ni parfum. Lors de l'application, il est conseillé de faire des légers

massages avec le bout des doigts en faisant de petits cercles. Les yeux doivent, quant à eux, être nettoyés avec une lotion spécifique pour les yeux sensibles. En fin de nettoyage, on peut parfaire avec une lotion douce.

Dans un second temps, l'hydratation du visage est essentielle pour conserver l'équilibre de la peau. Il est préférable d'opter pour des produits spécifiquement conçus pour les peaux sensibles. Là aussi, l'application doit se faire sous forme de massage concentrique avec le bout des doigts. Le contour des yeux est réhydraté avec un produit spécifique pour le contour des yeux.

Ensuite, le maquillage est très important (figure 16). En effet, au cours des thérapeutiques anticancéreuses, la peau peut devenir plus blanche ou un peu cireuse. Il faut donc choisir les couleurs qui vont mettre en valeur le teint. Il conviendra d'appliquer un baume hydratant sur les lèvres puis une couleur rouge afin de mettre le visage et le teint valeur.



**Figure 16 : Séance maquillage (49)**

Il est possible ensuite d'appliquer un anti-cernes sous les yeux, la couleur devant être en adéquation avec le teint.

Les sourcils peuvent être redessinés si la perte est totale ou bien étoffés si la chute est partielle. La couleur choisie doit être proche de la couleur naturelle des cheveux ou de la couleur de la perruque. Il est bon de savoir qu'il existe des pochoirs avec leurs poudres et des pinceaux de différentes formes et teintes ; le

dessin du sourcil est donc plus facile en évitant les débordements et en donnant un aspect naturel.

En ce qui concerne les cils, il est possible de les redessiner en faisant un léger trait le long de la ligne de cils. Il faut poudrer cette ligne de cils afin que le trait tienne correctement.

Il existe une technique dite de dermo-pigmentation qui permet de redessiner le sourcil et les cils de manière permanente. La tenue est de plusieurs mois (43, 49, 54).

#### **IV-3-1-2-Les soins corporels**

Il convient tout d'abord d'utiliser une crème lavante douce et adaptée aux peaux sensibles afin de limiter toute procédure agressive. L'on doit ensuite appliquer un lait hydratant sans parfum, et ceci systématiquement après chaque douche ou bain.

Les ongles sont, quant à eux, secs, cassants, décolorés, striés ou tâchés. On limite cet effet en évitant d'avoir des ongles trop longs. On peut également les nourrir avec une base nourrissante et ensuite appliquer un vernis durcisseur. Une crème hydratante est également bénéfique pour nourrir mains et ongles.

Le massage est le meilleur moyen de se détendre. Il est garant du bien-être et diminue les tensions et l'anxiété. La socio-esthéticienne est tout particulièrement formée pour prodiguer les massages aux patients atteints de cancer ; elle connaît mieux les points de stress et de tension mais également tous les produits les plus adaptés pour faire ces massages (en évitant tout risque de sensibilisation) (43).

### **IV-3-2- Déroulement d'une séance de maquillage**

[http://www.ecancer.fr/v1/index.php?option=com\\_redaction&Itemid=673&lang=1&vers=1](http://www.ecancer.fr/v1/index.php?option=com_redaction&Itemid=673&lang=1&vers=1) est un lien internet où vous pourrez suivre le déroulement d'une séance de maquillage.

Il s'agit d'une part d'une onco-esthéticienne et d'autre part d'une patiente recevant une chimiothérapie. La femme a le visage marqué par les traitements. Ses cheveux sont tombés, ses cils et ses sourcils ont également déserté son visage. La peau est sèche, les joues sont rouges et abimées.

L'onco-esthéticienne débute le soin en appliquant une lotion hydratante puis une crème de jour sur la peau asséchée par la chimiothérapie ; ensuite, elle applique une base de couleur verte sur les joues afin de neutraliser la rougeur ; pour les cernes, elle conseille un correcteur jaune. Elle poursuit en appliquant un fond de teint et de la poudre pour faire tenir le fond de teint. Une fois cette partie de maquillage terminée, l'onco-esthéticienne maquille les yeux ; elle va donner l'impression de cils avec un simple trait de crayon ou d'eye-liner sur la ligne des cils. Elle donne enfin à la patiente des conseils pour dessiner ces sourcils. A partir de trois points de repères, l'onco-esthéticienne reconstruit des sourcils de manière naturelle.

Après avoir finalisée la séance maquillage avec du blush et du rouge à lèvres, la patiente est ravie du résultat. Le résultat est impressionnant : cette femme qui était au début de la séance marquée par la maladie et qui en ressort belle, avec une impression de bien-être dans son regard et dans son sourire (52).

### **IV-4- Les associations existants en France**

Il existe de nombreuses associations visant à améliorer les conditions des malades. Elles sont implantées principalement dans les hôpitaux parisiens au sein des services de cancérologie. Les Centre Hospitaliers de province commencent

peu à peu à mettre en place ce mode de prise en charge du patient dans sa globalité. On doit noter que la mise en place de ces associations est récente et est en adéquation avec l'évolution de la société.

Il est important pour un pharmacien d'officine de connaître l'existence de ces associations afin d'orienter les patients atteints de graves maladies (5, 52, 60).

#### **IV-4-1- L'association Etincelle**

Etincelle est une association reconnue et recommandée par les professionnels de santé. Depuis sa création en 2004, elle accueille des femmes atteintes de cancer dans des espaces situés en dehors de l'hôpital. Il existe actuellement trois centres en France (Montpellier, Issy les Moulineaux et Cormelle le Royal).

Différents services totalement gratuits sont proposés afin d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des femmes blessées par la maladie. L'association propose un soutien psychologique, des conseils diététiques, des séances de réflexothérapies et de sophrologie, des soins du visage et des conseils liés à la chute de cheveux et des ongles...

Le financement de ses activités se fait majoritairement par des dons privés, mais également par mécénat industriel (industrie pharmaceutique, cosmétique ou autre). Des fonds sont également collectés lors d'évènements organisés (rencontres sportives, ventes privées, dîner de soutien annuel) (55).

#### **IV-4-2- Esthétique en Milieu Hospitalier**

Cette association a été créée en 2006 à la Rochelle. Elle est implantée au sein du service d'oncologie du Centre Hospitalier de la Rochelle. Elle propose des soins esthétiques aux personnes atteintes de cancer. Les produits sont offerts par les

parfumeries Marrionnaud du sud ouest. Le financement de l'association est possible par des dons privés, par des fonds publics et par des actions organisées par l'association (concerts, ventes de chapeaux, défilés de mode).

On peut noter que ces associations proposent des services aux personnes atteintes de cancer et plus particulièrement aux femmes. Le CEW est au contraire implanté dans différents services tel que la Maison de Solène (54)...

#### **IV-4-3- Apprivoiser son image dans la maladie (APIMA)**

APIMA a été créée en 2001 par Marie-Laure Allouis, une infirmière formée au conseil en image. L'objectif est d'aider le patient à reconstruire une image positive autour de son corps malade. Cette association aide les patients à mieux gérer les effets secondaires pour mieux vivre le traitement et pour une meilleure observance.

Cette association est également à l'origine de livres tel que « Conseils de beauté pour mieux vivre son cancer » et « Soigner son image pour mieux vivre son cancer ».

L'association est installée au sein de l'hôpital européen Georges Pompidou (49, 56).

#### **IV-4-4- L'embellie**

« L'embellie, parce qu'une femme malade n'est pas que malade » Il s'agit d'une boutique parisienne qui propose une large gamme de produits pour les femmes malades. Elle propose des perruques (figure 17), des foulards (figure 18), de la lingerie, des produits cosmétiques et de bien-être, de la documentation.

L'embellie est tout de même à l'origine d'une association « Les ateliers de l'embellie » qui propose des ateliers divers et variés aux patients, avec par

exemple des ateliers danse, des ateliers maquillage. Elle aide ainsi les femmes à se ressourcer et à reprendre confiance et goût à la vie (53).



**Figure 17: L'embellie propose une large gamme de perruques (53)**



**Figure 18 : L'embellie propose une large gamme de foulards (53)**

## **IV-5- Le Cosmetic Executive Women (CEW)**

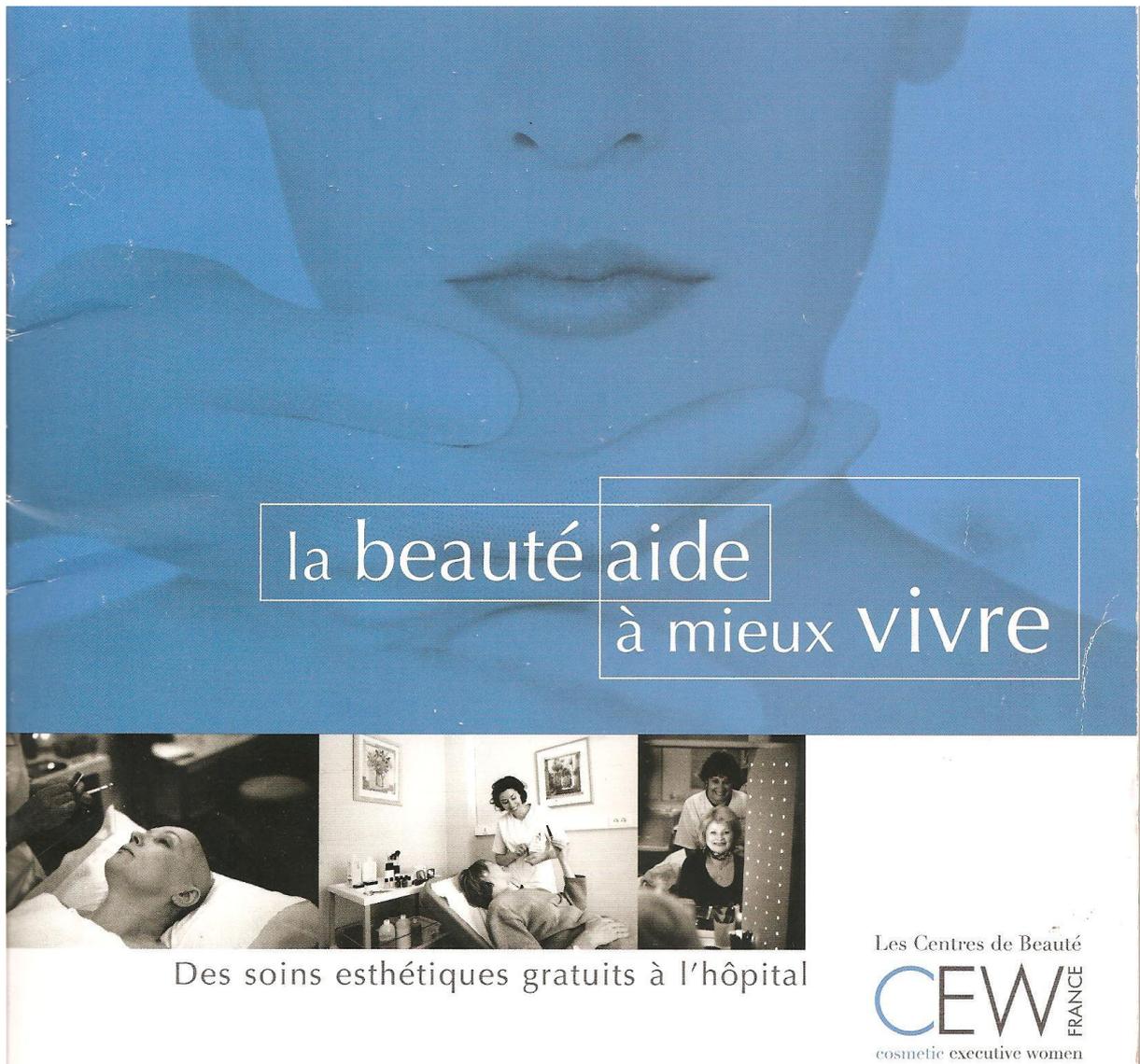
### **IV-5-1 Historique**

Le Cosmetic Executive Women existe sous deux facettes : les adhérents qui sont des femmes travaillant dans le monde de la beauté et les centres implantés en milieu hospitalier. Ce double aspect correspond à l'origine du CEW et de son évolution au cours des décennies.

En 1954, une organisation professionnelle regroupant des femmes de renom dans l'industrie du cosmétique voit le jour. Depuis sa création, cette organisation a évolué avec la société. Elle est née dans un contexte d'après-guerre, au moment où l'envie de bien-être entraine peu à peu dans les mœurs. Ainsi, ce groupe de femmes se réunissait pour discuter et mettre en œuvre des plans d'action dans le domaine cosmétique.

L'organisation attendra les années 70 pour agrandir son champ d'action. C'est alors qu'en 1975, elle soutient « la contribution des femmes à l'industrie de la beauté ».

C'est en 1993 que le CEW, association à but non lucratif est créée aux Etats-Unis, avec pour objectif de venir en aide aux femmes dans le besoin. Naît alors la notion de bien-être par le soin esthétique (figure 19).



**Figure 19 : Carnet informatif du CEW (7)**

En 1996, CEW France est créé. Le premier centre voit le jour à l'Institut Gustave Roussy de Villejuif.

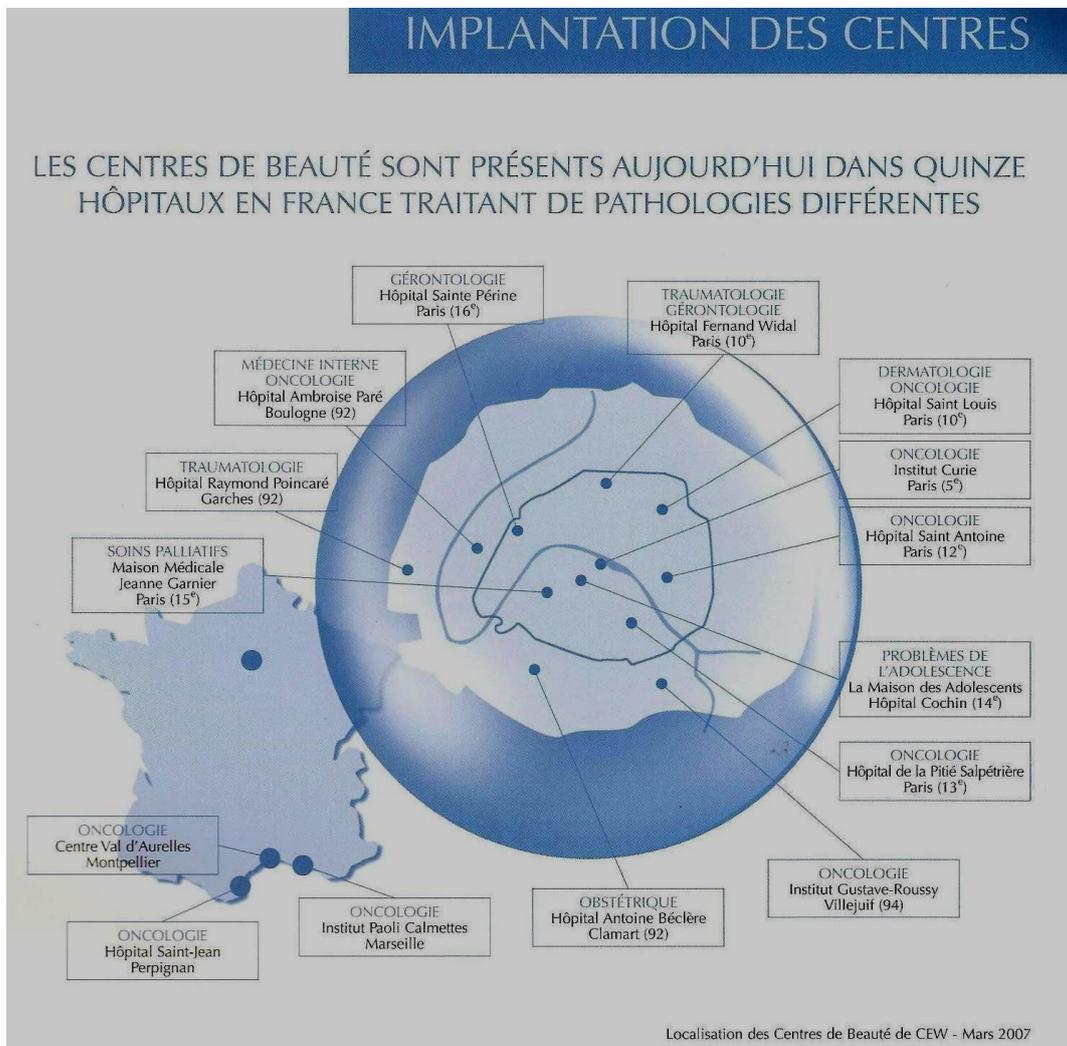
Entre 1996 et 1998, 5 nouveaux centres ont ouvert dans des hôpitaux parisiens (7, 50).

## IV-5-2-Implantation et fonctionnement de l'association

### IV-5-2-1- Les centres CEW en France

Il existe à l'heure actuelle, 23 centres CEW implantés dans 23 hôpitaux française (figure 20). Parmi ces centres, 17 sont implantés dans la région parisienne et 6 autres ont vu le jour en province. Ainsi, Marseille, Toulon, Perpignan, Montpellier, Grasse et Annecy bénéficient également de cette offre de soins.

L'objectif est donc d'élargir la carte géographique d'implantation des centres CEW afin que toute personne puisse profiter de cette prise en charge (7).



**Figure 20 : Répartition géographique des centres CEW en France (7)**

### IV-5-2-2- Les esthéticiennes

Les esthéticiennes au CEW sont au nombre de 24. Elles sont spécifiquement formées par l'association CEW. Elles doivent impérativement avoir une activité en dehors de l'hôpital en travaillant dans un institut de beauté de ville (7, 50).

### IV-5-2-3- Le financement de l'association

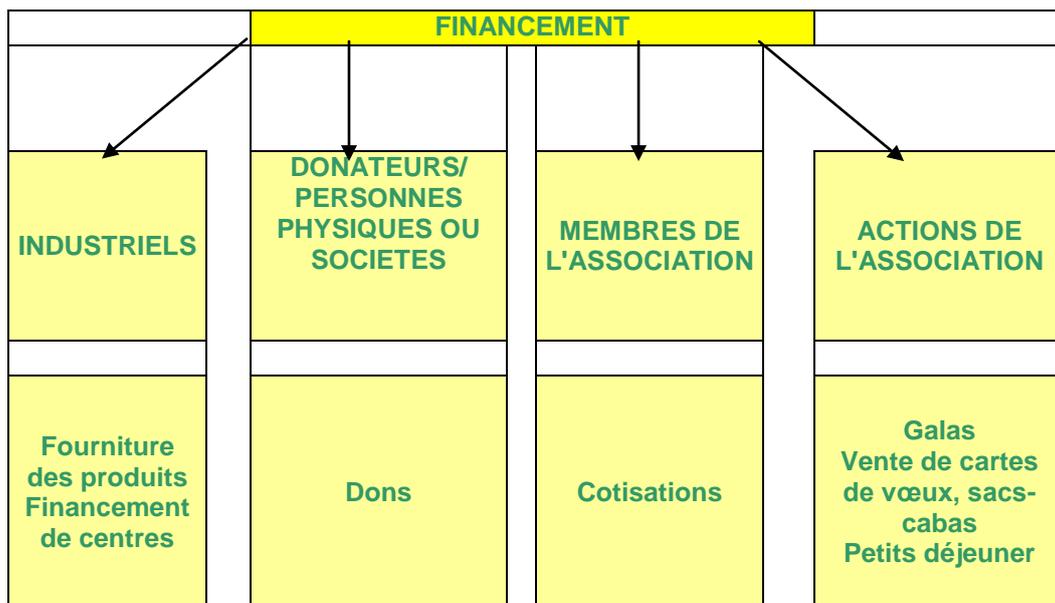
Le financement a été tout d'abord permis par les cotisations des adhérents de l'association.

Des actions de l'association à type de petit-déjeuner, conférences, ventes aux enchères sont aussi un bon moyen d'apporter des bénéfices à l'association. De plus, un gala de charité est organisé tous les deux ans.

Des dons de particuliers ou de sociétés sont également une source de revenus pour l'association, ainsi que des subventions des pouvoirs publics (figure 21).

CEW est également en partenariat avec Alcam, Marionnaud, Serderma et Crodarom.

L'argent récolté finance les esthéticiennes qui sont employées par l'association.



**Figure 21 : Financement de l'association CEW (50)**

A titre informatif, voilà ce que coutent les soins :

- 30 euros pour 1 soin d'une heure ;
- 200 euros pour 1 journée d'une esthéticienne dans un hôpital ;
- 11 000 euros pour 1 journée par semaine d'une esthéticienne pendant 1 an ;
- 56 000 euros pour 5 jours par semaine d'une esthéticienne pendant 1 an.

Les entreprises, partenaires privilégiés de l'association, ne sont pas forcément des industries cosmétiques (tableau IV). Le partenariat passe par la promotion de l'association auprès des employés et des clients de l'entreprise partenaire. L'entreprise peut également financer un centre existant ou permettre l'ouverture d'un nouveau centre de soins esthétiques. Elle peut également mener des actions de communication interne au profit de l'association.

Partenaires	ALCAN	MARIONNAUD	SEDERMA	CRODAROM	TFWA
<b>Domaines d'activités</b>	Aluminium et emballage	Parfums et cosmétiques	Fabrication d'ingrédients actifs pour le marché cosmétique	Fabrication de composés et extraits de plantes pour le marché cosmétique	Domaine raffiné du hors taxe et du commerce de détail de luxe dédié au voyage

**Tableau IV : Les partenaires privilégiés de l'association (50)**

Alcan est partenaire depuis 2006, il soutient également de nombreuses associations caritatives en lien avec la santé et le bien-être à travers le monde.

Marionnaud est en partenariat avec CEW depuis 2001. Il est tout particulièrement investi dans le combat des femmes pour une vie toujours meilleure (50).

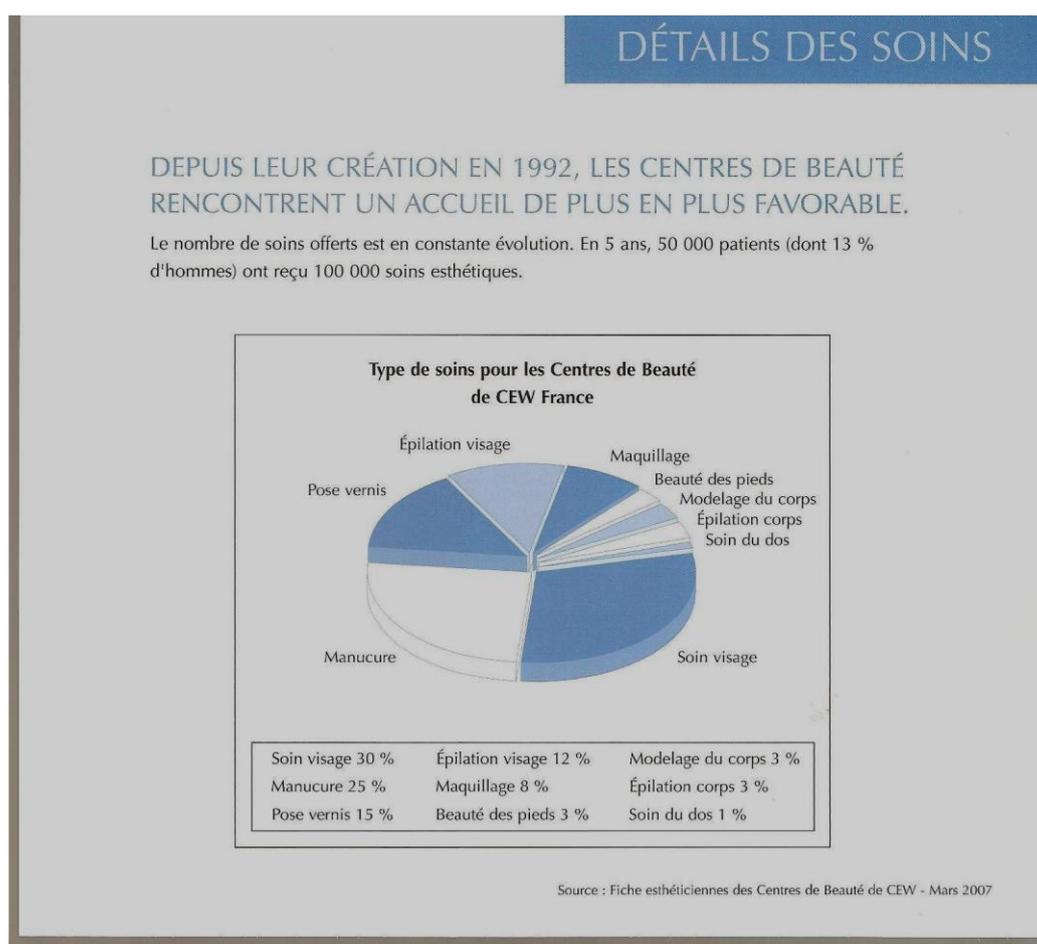
### IV-5-3- Les soins réalisés au sein des centres

Les soins sont réalisés soit dans la chambre du malade, soit dans une cabine spécifiquement installée pour dispenser le soin esthétique.

Ils sont toujours gratuits et réalisés après accord du personnel soignant.

Les types de soins prodigués sont divers et variés. On note qu'une majorité des soins sont représentés par les soins du visage, la manucure et la pose de vernis. L'épilation du visage concerne 12 % des soins et le maquillage correspond à 8%. La beauté des pieds, les soins du dos, l'épilation du corps et le modelage du corps sont, quant à eux, moins demandés (figure 22).

Il est à noter qu'en 5 ans, 50 000 patients dont 13% d'hommes ont bénéficié de 100000 soins esthétiques.



**Figure 22 : Répartition des différents types de soins en pourcentage (7)**

Les produits utilisés pour réaliser ces soins sont fournis par l'industrie cosmétique et sont rendus complètement anonymes (50).

#### **IV-5-4-Les témoignages**

L'association apporte énormément aux patients concernés mais elle constitue également un soutien pour le personnel soignant.

Madame Nicole DATTEE, psychologue à l'unité d'onco-psychiatrie de l'Institut Gustave Roussy, elle porte un avis tout à fait positif de l'association : « Nos malades sont atteints de cancer. Cette maladie a d'importantes répercussions psychologiques (angoisse, dépression...) et psycho-sociales (difficultés professionnelles et autres). Pour moi, l'esthétique est un moyen de réapprivoiser le corps qui a trahi, de pouvoir l'accepter et l'habiter de nouveau. Certaines femmes, notamment dans les cas de cancer du sein avec ablation, se trouvent dans un état d'inhibition totale vis-à-vis de leur corps, elles ne veulent plus que personne les touchent. Avec les soins esthétiques, on parvient à « re-narcissiser » la relation. Nos patientes sont souvent des personnes délaissées, à qui la maladie fait peur. Elles réapprennent le plaisir de se faire mater, «cocooner». Pour une fois, ce n'est pas un acte médical, et cela veut dire que l'hôpital reconnaît aussi au malade le besoin d'autre chose que d'être soigné. Il s'agit d'un contact apaisant et non thérapeutique. »

Mme Marie Michelle, cadre infirmière a le même type d'avis :

« Merci de mettre un million d'étoiles dans les yeux de nos patients! Coup de chapeau aux esthéticiennes dont le rôle n'est pas facile face à un patient qui, peut-être, ne pourra même pas leur dire merci. Elles se sont merveilleusement intégrées et une complémentarité s'est installée entre elles et l'équipe de soins, à tel point que, fréquemment, maintenant, la demande vient du personnel soignant. Apporter un moment de détente, de plaisir à quelqu'un qui,

souvent, découvre un soin esthétique, c'est lui tendre une petite passerelle vers la vie chez soi ».

C'est une bouffée d'oxygène pour les patientes : « Du geste à la parole, de la parole au geste, il peut se passer un beau voyage.... Merci Sandra de l'humanité de votre soin, qui permet de continuer l'aventure de la maladie avec une meilleure image de soi-même ».

« Oublier le temps d'un soin la souffrance, permet de mieux combattre la maladie et recréer une passerelle vers la vie de tous les jours. La confiance revient dès lors que l'image que l'on a de soi se restaure » (7, 50).

## **CONCLUSION**

Il ressort de ce travail que la beauté n'est pas futile. Lorsque la maladie atteint le corps, il est essentiel de se sentir bien dans sa peau pour mieux accepter la maladie. Cette constatation rend toute la légitimité aux associations qui sont nées dans les hôpitaux afin de promouvoir la beauté des femmes malades.

En qualité de pharmacien d'officine, il est de notre devoir de pérenniser ce mode de prise en charge et de le faire connaître auprès des personnes malades.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Représentation schématique de l'individu.....	8
Figure 2 : Exemple de besoins dont la satisfaction est importante pour la qualité de vie (30).....	10
Figure 3 : Evaluation photographique du résultat esthétique (44).....	24
Figure 4 : Modélisation des mesures réalisées avec le SF-36 (37).....	33
Figure 5 : Représentation de la psycho-oncologie.....	35
Figure 6 : Structure de la glande mammaire (31).....	50
Figure 7 : Formation de la cellule cancéreuse.....	53
Figure 8 : Femme en train d'effectuer une mammographie (31).....	54
Figure 9 : Traitement conservateur (22).....	57
Figure 10 : Reconstruction mammaire différée après mammectomie (19).....	59
Figure 11 : La peau (47).....	72
Figure 12 : Structure du poil et de son follicule (31).....	75
Figure 13 : Follicule pilo-sébacé (47).....	78
Figure 14 : Coupe longitudinale de l'extrémité du doigt et de l'ongle (35).....	79
Figure 15 : Les soins du visage (54).....	87
Figure 16 : Séance maquillage (49).....	88
Figure 17 : L'embellie propose une large gamme de perruques (53).....	93
Figure 18 : L'embellie propose une large gamme de foulards (53).....	93
Figure 19 : Carnet informatif du CEW (7).....	95
Figure 20 : Répartition géographique des centres CEW en France (7).....	96
Figure 21 : Financement de l'association CEW (50).....	97
Figure 22 : Répartition des différents types de soins en pourcentage (7).....	99

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Calcul hypothétique d'un score de qualité de vie avec le SeiQuol (30).....	16
Tableau II : Nombre de participantes par type de chirurgie mammaire, âge moyen des patientes et suivi (44).....	22
Tableau III : Exemple de question du SF-36 (31).....	32
Tableau IV : Les partenaires privilégiés de l'association (50).....	98

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. ANZIEU D.  
Le moi-peau  
Edition Dunod, 2001, Paris
  
2. BRETTE J.P., JACOPIN S.  
Cancer du sein  
Edition Masson, 2007, Issy-les-Moulineaux
  
3. BUCKMAN R., KASON Y., COHEN L.  
S'asseoir pour parler – L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades – Guide du professionnel de santé  
Edition Masson, 2001, Paris
  
4. CALCANO F ET LACROIX R  
Pharma-mémo infectiologie  
Editions Vernazobres-Greggo, 2005, Paris
  
5. CALTAGIRONE A.  
Esthéticienne et cancer  
Les nouvelles esthétiques, 2009, 611
  
6. CALTAGIRONE A.  
Le rôle de la socio-esthétique en oncologie  
Les nouvelles esthétiques, 2009, 615, 84-87
  
7. COSMETIC EXECUTIVE WOMEN  
Carnet informatif de l'association CEW

8. CHARRIER CAROLINE  
Le pharmacien auprès du patient cancéreux  
Thèse de docteur en pharmacie, 2007, Nantes
  
9. CHASSANY.O ET CAULIN.C  
Qualité de vie liée à la santé : critères d'évaluation  
Springer, 2002, Paris
  
10. COIFFARD L.  
Cours de cosmétologie, 2007, Nantes
  
11. DALY-SCHVEILZER N.  
Cancérologie clinique  
Edition Masson, 2008, Paris
  
12. DE BELILOVSKY C, CHADOUTAUD B, MSIKA P  
Cosmetics and quality of life - J Am Acad Dermatology – Février 2007
  
13. DELAY.E  
Séquelles thérapeutiques après traitement conservateur du cancer du sein/Annales de chirurgie plastique et esthétique 2008/Volume 53 n°2
  
14. DOROSZ  
Guide pratique des médicaments  
Editions Maloine, 2009, Paris
  
15. DUBOIS J.  
La peau : de la santé à la beauté  
Edition Privat, 2007, Toulouse

16. DUROCHER A., DOSQUET P.  
Actualités et dossier en santé publique, 1996, 17, 8
17. ECOLE DE SANTE PUBLIC NANCY  
Santé publique, qualité de vie et maladie chronique, atteinte des patients et des professionnels – Direction générale de la santé – 8 décembre 2004
18. ESPIE M.  
Cancer du sein Actualités thérapeutiques  
Edition John Libbey eurotext, 2007, Montrouge
19. FITOUSSI A., COUTURAUD B., SALMON R.  
Chirurgie oncoplastique et reconstruction dans le cancer du sein  
Edition Springer, 2007, Paris, Berlin, Heidelberg
20. GALAN G., BONTEMPS F.  
Le cancer colorectal  
Le moniteur des pharmacies, 2008, 2753, II, 2-16
21. GASSIA V., GROGNARD C., MICHAUD T.  
Dermatologie esthétique du concept à l'exercice professionnel  
Edition Arnette, 2007, Rueil-Malmaison
22. GIACALONE PL, GAREH N ET DUBON O  
Chirurgie oncologique du sein  
Edition Sauramps Médical, 2007, Montpellier
23. GRIMALDI A.  
La relation médecin-malade  
Elsiever, 2004, Paris

24. GRIMAUD N.  
Cours de cancérologie, 2006, Nantes
25. HAYASHI I., YANAGISAWA S., NAGATA K.  
Make-up improve the quality of life of acne patients without aggravating acne eruption during treatment  
Eur Dermatol, 2005, 15 (4), 284-7
26. HERISSON C., SIMON L.  
Evaluation de la qualité de vie liée à l'état de santé  
Masson, 1993, Paris, Milan, Barcelone
27. JASMIN C., LEVY J.A., BEZ G.  
Cancer et Sida... la qualité de vie  
Synthelabo, 1996, Le Plessis Robinson
28. LAFFARGUE F., DUBOIS J.B.  
Cancer du sein et qualité de vie  
Sauramps médical, 2002, Montpellier
29. LAROUSSE DE POCHE  
Dictionnaire Français-anglais – Edition Larousse -1994
30. LEPLEGE A., COSTE J.  
Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie, méthode et application  
Edition Estem, 2002, Paris
31. MARIEB E., LACHAINE R.  
Anatomie et physiologie humaine Traduction de la 4<sup>ème</sup> édition américaine  
Edition De Boeck Université, 1999, Paris, Bruxelles

32. MARTINI M.C.

Introduction à la dermopharmacie et à la cosmétologie 2<sup>ème</sup> édition

Tec et doc Cachan, 2006, Paris, Londres, New-York

33. MATHIEU M.

Influence des cosmétiques sur la qualité de vie et pertinence de l'association  
CEW

Thèse de docteur en pharmacie, 2007, Nantes

34. MAUTRAIT C., RAOULT R.

Guide pratique des dermatoses et soins courants à l'officine : à l'usage des  
pharmaciens, préparateurs et médecins cliniciens

Edition Masson, 1994, Paris, Milan, Barcelone

35. MENCHE N.

Anatomie, physiologie et biologie 3<sup>ème</sup> édition

Edition Maloine, 2006, Paris

36. NAMER M., TEISSIER E., FERRERO J.M.

Les traitements médicaux des cancers du sein

Edition Arnette Blackwell, 1996, Paris

37. PAJOT F.

Objectifs et méthodes du suivi post-commercialisation d'un médicament

Thèse de docteur en pharmacie, 2005, Nantes

38. PERETI-WATEL P., SPIRE B., GROUPE ANRS-VESPA

SIDA, une maladie chronique passée au crible – Presse de l'EHESP – novembre  
2008

39. PERROT S.  
Thérapeutique pratique  
Medline Editions, 2009, Paris
40. PUNGIER V.  
Thérapie ciblée pour les formes agressives de cancer du sein  
Le moniteur des pharmacies, 2008, 2753, I, 22-23
41. RAZAVI D., DELVAUX N.  
Précis de psycho-oncologie de l'adulte  
Elsiever Masson, 2008, Issy-les-Moulineaux
42. ROBERT J.F.  
Cours de cancérologie, 2006-2007, Nantes
43. ROCHE PHARMA  
Conseil en onco-esthétique – cancer du sein, un guide pratique pour vous informer - RCP communication – 20/07/2006
44. SHINZABURO N ET AL.  
Cosmetic outcome and patient satisfaction after skin-sparing mastectomy for breast cancer with immediate reconstruction of the breast  
Surgery, 2008, 143 (3), 414-425
45. SUN V., FERREL B., JUAREZ G.  
Symptom concerns and quality of life in hepatobiliary cancers  
Oncology nursing forum, 2008, 35 (3), 42-52
46. VIDAL  
Dictionnaire 2009

47. VIGUE J., MARTIN O.

Atlas d'anatomie humaine

Edition Desiris, 2004, Neolans Revel

48. ADJUVANTONLINE [www.adjuvantonline.com](http://www.adjuvantonline.com)

49. APPRIVOISER SON IMAGE DANS LA MALADIE [www.apima.fr](http://www.apima.fr)

50. COSMETIC EXECUTIVE WOMEN [www.cew.org](http://www.cew.org)

51. CHU TOURS [www.chu-tours.fr](http://www.chu-tours.fr)

52. E-CANCER [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

53. EMBELLIE BOUTIQUE [www.embellie.net](http://www.embellie.net)

54. ESTHETIQUE EN MILIEU HOSPITALIER [www.asso.emh.fr](http://www.asso.emh.fr)

55. ETINCELLE [www.etincelle.asso.fr](http://www.etincelle.asso.fr)

56. GOUVERNEMENT [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

57. INED [www.ined.fr](http://www.ined.fr)

58. INSEE [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

59. INSTITUT GUSTAVE ROUSSY [www.igr.fr](http://www.igr.fr)

60. LES IMPATIENTES [www.lesimpatientes.com](http://www.lesimpatientes.com)

61. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE [www.who.int](http://www.who.int)

62. SOCIETE FRANCAISE DE PSYCHO-ONCOLOGIE [www.sfpo.fr](http://www.sfpo.fr)
  
63. SOCIETE FRANCAISE DE RHUMATOLOGIE  
[www.rhumatologie.asso.fr](http://www.rhumatologie.asso.fr)
  
64. SOCIO-ESTHETIQUE [www.socio-esthetique.fr](http://www.socio-esthetique.fr)
  
65. THERIAQUE [www.theriaque.org](http://www.theriaque.org)

**Nom – Prénom :** Renaud Lucie

**Titre de la thèse :** Qualité de vie et psychologie de la maladie – Exemple du cancer du sein – Prise en charge par le biais de soins esthétiques

---

**Résumé de la thèse :**

Le bien-être et le plaisir règnent dans la société actuelle. La satisfaction d'être bien dans son corps est un aspect évident de la qualité de vie. Parfois, le corps fait défaut, la maladie l'abîme et l'être est meurtri. En prenant l'exemple du cancer du sein, ce travail permet de comprendre ce qu'une femme malade ressent au cours de ses traitements et tout au long de sa maladie.

Pour ces raisons, des associations ont été créées, elles prennent en charge la détresse des femmes touchées par la maladie par le biais d'ateliers maquillages, de conseils en image, d'aide à la gestion des effets secondaires ou de soins esthétiques.

En nous intéressant à l'association Cosmetic Executive Women qui dispense chaque jour des soins esthétiques, nous verrons l'intérêt majeur d'une telle prise en charge pour mieux accepter la maladie.

---

**MOTS-CLÉS :**

- QUALITÉ DE VIE

- CANCER DU SEIN

- EFFETS INDÉSIRABLES DES THÉRAPIES

- PSYCHOLOGIE

- SOINS ESTHÉTIQUES

- PEAU

---