

# Spécificités, déterminants et impacts de l'anxiété liée au cancer : revue de question des apports de l'approche cognitivo-comportementale

## Specificities, causes and consequences of cancer anxiety: a review of behavioural and cognitive approach contributions

M. Bridou · C. Aguerre

Reçu le 1 septembre 2009 ; accepté le 10 janvier 2010  
© Springer-Verlag France 2010

**Résumé** Dans cette revue de la littérature, nous examinons les résultats de recherches différenciant les concepts de « peur », d'« anxiété » ou de « souci » liés au cancer. Certaines études soulignent l'existence de pensées intrusives négatives, générant un sentiment d'impuissance chez les cancéreux anxieux et le recours à des modes de gestion de l'anxiété inopérants, et suggèrent que l'anxiété liée au cancer peut être considérée comme une forme spécifique d'anxiété envers la santé. Pour aider les praticiens à mettre en œuvre des prises en charge cognitivo-comportementales novatrices afin de lutter efficacement contre les formes délétères d'anxiété liée au cancer, il est également essentiel de mieux connaître ses déterminants. *Pour citer cette revue : Psycho-Oncol. 4 (2010).*

**Mots clés** Cancer · Anxiété envers la santé · Revue de la littérature · Thérapies cognitivo-comportementales

**Abstract** In the current review, we focus on research examining how the construct variously called “fear”, “anxiety” or “worry” is related to cancer. Some research showed that anxious cancer patients experience negative intrusive cognitions that are often associated with feelings of helplessness and would lead to maladaptive coping strategies (rumination, avoidance, etc.) and a high level of anxiety can have negative consequences on their health. They suggest that cancer anxiety (relates to fears of having a cancer or fears that cancer might get worse) can be considered like a specific form of health anxiety. In order to help health caregivers to develop new cognitive-behavioural programs to fight against deleterious forms of cancer anxiety, it is also necessary to know its

causes (psychological and contextual). *To cite this journal: Psycho-Oncol. 4 (2010).*

**Keywords** Cancer · Health anxiety · Literature review · Cognitive-behavioural therapies

### Introduction

Le cancer provoque encore l'effroi de nos jours. Selon une enquête réalisée en 2006<sup>1</sup>, il s'agit pour la majorité des Français d'une maladie souvent mortelle et incurable, bien plus redoutée que les maladies cardiaques qui constituent pourtant une cause de mortalité quasiment aussi importante dans les pays occidentaux. Le cancer incarne vraisemblablement notre peur viscérale de la souffrance, de la déchéance et de la mort en ravivant des sentiments d'angoisse plus ou moins faciles à vivre et à gérer.

L'objectif de cet article est de présenter une revue de la littérature se rapportant à la nature de l'anxiété liée au cancer, à ses déterminants connus et ses incidences potentielles en vue de mieux comprendre ce phénomène qui peut parfois prendre une allure pathologique. Un paragraphe sera également consacré aux implications cliniques découlant des travaux menés sur l'anxiété liée au cancer.

### Caractéristiques de l'anxiété liée au cancer

Les phénomènes anxieux observés en cancérologie rendent compte d'une grande richesse clinique renvoyant à des niveaux d'analyse sensiblement différents qu'il importe de bien discriminer et d'expliquer en vue de mieux comprendre leur incidence sur la santé. Dans cette perspective, il convient

---

M. Bridou (✉) · C. Aguerre  
Département de psychologie,  
UFR arts et sciences humaines,  
université François-Rabelais, 3, rue des Tanneurs,  
F-37041 Tours cedex, France  
e-mail : morgiane.bridou@etu.univ-tours.fr

<sup>1</sup> Enquête réalisée par l'IPSOS pour l'Institut national du cancer, menée auprès d'un millier de personnes représentatives de la population française, âgées de 18 ans et plus. Le recueil des données s'est fait par téléphone les 8 et 9 décembre 2006.

d'opérer des distinctions terminologiques et conceptuelles entre les notions d'anxiété, d'angoisse, de peur, d'inquiétude et de souci, bien souvent confondues dans la littérature.

Le terme « anxiété » désigne un vécu émotionnel pénible, caractérisé par des manifestations somatiques et neurovégétatives (tachycardie, tremblements, sudation, etc.), mais aussi par des pensées potentiellement dépressogènes (sentiment de perte de contrôle ou d'impuissance). Selon le modèle cognitif de Beck et Emery [5], le niveau d'anxiété-état (un ensemble de réactions émotionnelles secondaires et momentanées) est envisagé comme le produit d'une équation complexe entre plusieurs paramètres subjectifs : l'importance de la menace perçue, majorée par la sévérité des conséquences délétères imaginées et/ou minorées par le sentiment de contrôle ressenti à l'égard de la situation stressante. Il importe autrement dit de dissocier la perception du danger du malaise émotionnel qui peut en résulter. Notons en outre que l'anxiété est qualifiée de pathologique lorsqu'elle cause des perturbations significatives (détresse psychologique, sidération de la pensée, altération de la qualité de vie et du bien-être, baisse d'estime de soi, désadaptation, repli sur soi, etc.), lorsqu'elle tend à s'intensifier et à se pérenniser, lorsqu'elle semble disproportionnée au regard des risques biomédicaux réellement encourus ou fausse leur appréciation, ou encore, lorsqu'elle tend à perdurer malgré les réassurances médicales. C'est notamment le cas déroutant de l'anxiété résiduelle observée chez certaines femmes après une mammographie [21] ou chez les individus ayant eu recours à un test génétique de dépistage de la polyposse rectocolique familiale<sup>2</sup> n'ayant décelé rien d'anormal [22]. L'anxiété liée au cancer peut de surcroît conduire à adopter des comportements d'évitement à visée contraphobique lorsqu'elle est massive, chronique et/ou difficilement gérable. Elle décourage par exemple l'usage du dépistage préventif [2] et amène à adopter des comportements à risque favorisant la carcinogenèse (tabagisme, etc.) [17,26].

Il convient en outre de distinguer les manifestations anxieuses en lien avec des peurs bien identifiées (peur de la maladie, des traitements, des conséquences du cancer, de la souffrance, de la mort, etc.) de l'anxiété anticipatoire (*peur d'avoir peur*), plus diffuse et moins centrée sur un objet phobogène, caractérisée par des appréhensions et des inquiétudes, voire des soucis pathologiques. Le premier type d'anxiété considéré ci-avant serait plutôt de nature réactionnelle, généré par la confrontation brutale à un danger réel ou imaginé. Il est par exemple couramment observé au moment de l'annonce du diagnostic de cancer, sachant qu'il s'agit d'une expérience extrêmement angoissante, pouvant parfois donner lieu à un véritable état de stress post-traumatique

[36]. Les aspects contraignants et pénibles des traitements pour le cancer et leurs effets secondaires indésirables (douleur, fatigue, perte de cheveux, etc.) peuvent également être redoutés. La possibilité d'opérer un choix entre plusieurs options thérapeutiques constitue une source de crainte importante, tout particulièrement si la décision finale du patient n'est pas approuvée par son médecin. Quant aux cancéreux en phase terminale, le fait de recevoir des soins palliatifs les amène bien souvent à développer une peur de la douleur et à redouter la perte d'autonomie [30,31]. Chez les hommes, c'est surtout le cancer de la prostate qui concentre bon nombre de peurs en rapport ou non avec leur sexualité (peur d'avoir des difficultés érectiles, de voir son corps se féminiser, de devenir incontinent, etc.) et génère par leur entremise une grande souffrance psychologique [6]. Pour autant, notons que beaucoup de recherches menées actuellement en oncologie ne spécifient pas la nature des objets phobogènes des personnes cancéreuses, faute d'arriver à en cerner véritablement la nature [11], ce qui soulève notamment la question de leur conscientisation et de leur évaluation.

Le second type d'anxiété résulte plutôt d'un profond sentiment d'incertitude et d'imprévisibilité face à l'avenir, prégnant chez les personnes en attente fébrile de diagnostic<sup>3</sup>, mais aussi chez les cancéreux en phase de rémission et les « survivants » (comme on les appelle communément dans la littérature scientifique<sup>4</sup>) qui peuvent avoir constamment l'impression de vivre avec une « épée de Damoclès » suspendue au-dessus de leur tête, symbolisant leur peur de la récurrence [34]. Cette dernière prend fréquemment la forme d'une anticipation anxieuse de scénarios catastrophiques hypothétiques, plus ou moins probables, qui pourraient s'actualiser si la maladie réapparaissait [39,40,41]. Les sujets d'inquiétudes portent autrement dit principalement sur les conséquences négatives éventuelles d'une récurrence cancéreuse (souffrance physique et morale, déchéance et dépendance physique, déliquescence des liens sociaux, mort, peine causée aux proches, etc.). Il s'agirait en oncologie d'une des formes d'anxiété les plus délétères sur le plan psychologique et l'une des plus souvent rapportées, à des degrés divers, par les sujets cancéreux en voie de guérison, quel que soit le type de cancer qu'ils présentent [40,41]. Des sensations physiologiques inexplicables, des effets secondaires inattendus (fatigue, douleur), des examens médicaux de contrôle laissant dans l'expectative, des propos alarmistes tenus sur des forums d'échange *Internet*, ou encore, le décès d'un

<sup>2</sup> Il s'agit d'une maladie génétique favorisant le développement de polypes intestinaux dégénérant quasi inéluctablement en tumeurs malignes.

<sup>3</sup> Comme l'illustre de façon très délicate le film « *Cléo de cinq à sept* » (1962), réalisé par Agnès Varda, qui décrit en temps réel l'errance angoissée d'une femme craignant d'avoir un cancer, qui meuble son temps en attendant de récupérer des résultats médicaux susceptibles de lui confirmer son mauvais pressentiment.

<sup>4</sup> Sont classiquement considérés comme des « survivants » les anciens malades n'ayant pas expérimenté de récurrence(s) au cours des cinq années ayant suivi un premier traitement anticancéreux.

proche, seraient des facteurs déclencheurs et/ou de maintien susceptibles d'entretenir et de majorer ces anticipations anxieuses. Lorsqu'elle est massive, la crainte de la récurrence et de ses corrélats s'accompagne généralement d'un sentiment d'être livré à soi-même, découragement à demander de l'aide, contrecarre l'usage d'examen médicaux visant à investiguer la progression de la maladie et/ou tend à majorer la crainte des résultats [34]. Elle s'amenuiserait toutefois au fil du temps pour céder progressivement la place à d'autres types d'appréhensions, comme la peur de développer d'autres types de cancers et/ou de présenter ultérieurement des séquelles des traitements chimiothérapeutiques ou radiothérapeutiques préalablement endurés [14].

La notion de « souci » peut quant à elle être utilisée pour désigner des inquiétudes pathologiques, faisant l'objet de ruminations anxieuses. Ces pensées intrusives itératives sont classiquement considérées comme des substrats cognitifs à l'émergence de symptômes ou de troubles anxieux avérés (trouble anxieux généralisé, adaptatif, obsessionnel ou hypocondriaque). Notons que bon nombre de cancéreux déclarent souffrir de préoccupations récurrentes et déployer d'importants efforts cognitifs pour tenter en vain de les chasser de leur esprit [40,41]. Force est de constater qu'elles peuvent subsister plusieurs mois, voire plusieurs années, après un examen de dépistage du cancer, quand bien même celui-ci n'a révélé rien d'anormal [23]. Il ne s'agirait pas ici d'un état anxieux circonstanciel, modéré et transitoire, revêtant une visée adaptative, mais plutôt d'un fond anxieux, pouvant être source d'une détresse psychologique contreproductive, qui témoigne vraisemblablement d'un mode de fonctionnement psychologique relativement plus ancien et généralisé. Nous faisons ici allusion à l'existence éventuelle d'une anxiété envers la santé (*health anxiety*) qui se caractérise par des préoccupations portant sur les maladies graves et autres dangers susceptibles de détériorer la santé (bactéries, virus, pollution, etc.) [23,28].

### **L'anxiété liée au cancer : une forme particulière d'anxiété envers la santé ?**

Chez les bien-portants, l'anxiété envers la santé se traduit par des craintes concernant la possibilité de contracter dans le futur une maladie grave (comme le cancer) ou par la conviction intime d'être actuellement atteint par une telle maladie, autrement dit, une tendance hypocondriaque plus ou moins marquée. Elle s'accompagne systématiquement d'un éveil physiologique conséquent associé à un repérage minutieux et sélectif des moindres sensations ou modifications corporelles, désagréables ou simplement inhabituelles (palpitations, démangeaisons, etc.) qui concourt à les amplifier et à les interpréter négativement (comme des signes d'apparition ou d'évolution péjorative d'une grave maladie), cela

de manière automatique et incontrôlée. Cette hypervigilance anxieuse vise à déceler des indices justifiant certaines thèses alarmistes. Dans le cadre d'une coloscopie par exemple, les individus excessivement tracassés par leur état de santé tendent à croire que si des polypes sont découverts, ces derniers vont nécessairement dégénérer en cancer colorectal. Ils accordent en revanche beaucoup moins d'importance aux réassurances prodiguées [23]. Ce biais attentionnel et interprétatif pour corrélats des pensées intrusives, des ruminations et/ou des images mentales alarmantes (s'imaginer souffrant sur un lit d'hôpital par exemple) génératrices d'une grande détresse émotionnelle. Cette dernière est préférentiellement régulée par des comportements d'évitement phobiques (de lieux, de personnes, d'émotions, de pensées ou d'activités évoquant la maladie) et/ou par des quêtes éperdues et infructueuses de réassurance (nomadisme médical, multiplication d'examen médicaux et des recherches d'informations sur Internet, etc.) [11]. Ces modes de gestion émotionnelle permettent dans un premier temps d'apaiser les craintes en évinçant momentanément un sentiment d'impuissance (potentiellement dépressogène), mais ils contribuent à la longue à accroître les préoccupations anxieuses à l'égard de la santé en cultivant perpétuellement le doute. Une anxiété envers la santé particulièrement élevée constituerait ainsi l'un des principaux facteurs explicatifs des perturbations émotionnelles générées par une coloscopie [23] ou le recours à des tests génétiques de détection du cancer [32]. Elle compromettrait également la capacité de décrypter et d'utiliser de façon compétente les informations biomédicales [19].

Une anxiété modérée peut en revanche constituer un facteur motivationnel lorsqu'elle nourrit des inquiétudes constructives qui favorisent la mobilisation des ressources et s'accompagne d'une anticipation relativement réaliste des situations aversives à affronter qui facilite les prises de décisions appropriées pour y faire face. Elle amène de ce fait à repérer précocement les signes avant-coureurs d'un cancer (apparition d'une grosseur au sein par exemple) et induit par la suite une surveillance optimale des symptômes. Elle favorise également l'adoption d'une bonne hygiène de vie diminuant la probabilité d'apparition du cancer (alimentation équilibrée, activité physique, abstinence alcoolique ou tabagique, etc.) et incite à abandonner certaines mauvaises habitudes de vie après un traitement anticancéreux [26].

Chez les cancéreux, la prévalence de l'anxiété envers la santé, à un degré non pathologique mais suffisamment élevé pour générer une souffrance psychologique, avoisinerait 38 % tous types de cancers confondus [16] et serait fonction de la sévérité perçue de la maladie plutôt que de sa sévérité objective [38]. Elle pourrait selon nous témoigner d'une posture singulière en situation de stress ayant fait l'objet d'une multitude de travaux en psycho-oncologie en raison de son caractère délétère sur l'état de santé somatique [27]. Nous faisons ici référence au *type C* qui a été abondamment

dépeint par Temoshok [38] et Watson et Ramirez [42]. Celui-ci se caractérise par un profond sentiment d'impuissance ressenti dans des circonstances stressantes<sup>5</sup> et une répression massive des affects négatifs subséquents qui se traduit sur le plan clinique par une faible anxiété apparente [12]. Cette manière très particulière de percevoir et de composer avec les aspects de la réalité qui paraissent menaçants présenterait l'avantage d'éviter la confrontation frontale aux émotions perturbatrices qu'elles génèrent ; mais contribuerait en revanche à allonger le délai de présentation aux consultations médicales en brouillant la perception d'éventuels signaux d'alerte somatique [43], ce qui pourrait par la suite constituer un facteur de mauvaise adhésion thérapeutique [15].

### Autres déterminants de l'anxiété liée au cancer

Plusieurs facteurs psychologiques semblent prédisposer à s'inquiéter pour sa santé, et plus spécifiquement, à craindre le cancer. Une propension à l'instabilité émotionnelle (*névrosisme*) est tout d'abord observée chez les personnes cancéreuses qui tendent à multiplier les consultations médicales pour tenter (en vain) de se rassurer [3]. S'attribuer la responsabilité de la survenue d'un cancer peut aussi alimenter un sentiment de culpabilité, source importante d'anxiété [13]. D'ailleurs, un bon moyen de l'évincer momentanément peut être d'attribuer la survenue de sa maladie à des causes environnementales liées au mode de vie moderne (nuage radioactif de Tchernobyl, ondes électromagnétiques, etc.). Se persuader (à tort) que les maladies graves affectent préférentiellement autrui peut par ailleurs procurer un sentiment d'invulnérabilité somatique. Pour autant, mieux vaut chercher à développer un sentiment de contrôle envers le cours évolutif du cancer [33].

Les stratégies de coping *actives et vigilantes (monitoring coping style)* sont généralement garantes d'une réduction de l'anxiété et d'une plus grande longévité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein [8]. La recherche active d'informations relatives au cancer (diagnostic, pronostic, traitement, etc.) vise à réduire l'anxiété en diminuant significativement le sentiment d'incertitude, à condition toutefois que l'attention ne soit pas focalisée uniquement sur les risques encourus. Une démarche spirituelle permet aussi de faire face plus sereinement au cancer en atténuant les inquiétudes [13], mais il est difficile de savoir si c'est par le biais de la pratique religieuse et/ou par l'entremise d'un soutien social de qualité. Quant aux stratégies de coping *évitant (blunting coping style)*, elles peuvent tranquilliser dans un premier temps en supprimant la source de stress, mais accentuent généralement l'anxiété à la longue, car elles ne permettent pas de soumettre ses hypothèses alarmistes à l'épreuve de la réalité en vue de les inva-

lider. C'est notamment le cas de la répression des émotions négatives [8] et de la tendance à la procrastination<sup>6</sup> [35]. Des difficultés à identifier les émotions (alexithymie) peuvent de surcroît entraver la régulation de l'anxiété [37]. Retrouvées chez 20 % des femmes atteintes de cancer du sein, elles favoriseraient le recours à des évitements cognitifs [20].

Les événements de vie, présents ou passés, relatifs au cancer peuvent en outre raviver certaines pensées anxigènes conduisant à appréhender négativement l'issue cancéreuse et à développer des sentiments d'impuissance [7]. Le contexte culturel et socio-économique peut également majorer certaines craintes. Aux États-Unis, la peur « *que l'on trouve quelque chose* » est par exemple très fréquemment invoquée pour expliquer le non-recours à des mesures de dépistage du cancer, tandis que bon nombre d'Européens arguent préférer ne rien vouloir savoir. La perspective de devoir faire soigner son cancer dans un établissement médical effraie de surcroît beaucoup plus les Noirs américains ou d'origine hispanique que les Européens, sans doute, car ces derniers bénéficient généralement d'une meilleure protection médicosociale [11].

Une information médicale bien conduite couplée à un soutien social de qualité pourrait tranquilliser les personnes modérément anxieuses. Un partage émotionnel est susceptible de minorer la fréquence et l'intensité des pensées anxigènes intrusives, et donc de faciliter la gestion de la détresse émotionnelle, comme le stipule notamment une étude menée auprès d'hommes atteints d'un cancer de la prostate [4]. Les cancéreux sont également mieux armés pour gérer leur anxiété lorsqu'ils se sentent correctement et suffisamment informés sur le plan diagnostique, thérapeutique et pronostique [9]. A contrario, leur état anxieux peut empirer si les informations délivrées ne correspondent pas franchement à leurs attentes. Partant de là, il s'avère indispensable de respecter leur besoin d'information ou de non-information, en vue de les ménager psychologiquement et de les sensibiliser avec tact à la nécessité de se faire suivre régulièrement sur le plan médical [24,25].

### Comment minorer l'anxiété liée au cancer ?

Sachant que le cancer est encore considéré par bon nombre d'individus comme « *la pire des maladies* »<sup>7</sup>, il importe dans un premier temps de modifier profondément les

<sup>5</sup> Par exemple à la suite d'une annonce diagnostique de cancer.

<sup>6</sup> Certains *procrastinateurs* sont aujourd'hui considérés comme des sujets anxieux ayant tendance à toujours remettre au lendemain les mesures contraignantes qui s'imposent, faute de se sentir à la hauteur pour les mettre en place (en raison notamment d'une tendance perfectionniste, d'une peur de l'échec et d'une mauvaise estime de soi). Ils peuvent par exemple rechigner à adopter des mesures sanitaires préventives (se faire dépister, faire de l'exercice, etc.) et paraissant peu prompts à abandonner certains comportements à risque (cesser de fumer ou de boire de l'alcool, arrêter de s'exposer au soleil, etc.) leur rappelant la possibilité d'avoir ou de développer un cancer.

<sup>7</sup> Selon notamment l'enquête INCa/IPSON (2006) précédemment citée.

représentations sociales de cette pathologie en vue d'aider le grand public à la dédramatiser. Dans cette perspective, l'Institut national du cancer (INCa) a inauguré, en janvier 2007, une vaste campagne nationale d'information présentant les deux millions de Français atteints de cancer comme des « héros ordinaires » afin de rappeler que tout le monde est concerné par cette maladie, mais aussi et surtout, que quiconque peut posséder le courage nécessaire pour lutter contre elle. Cette médiatisation du cancer a pour dessein de redonner espoir aux personnes qui en sont atteintes, mais aussi d'encourager le recours précoce à des mesures de dépistage du cancer (du sein, de l'utérus, du côlon, du mélanome, etc.) en faisant évoluer positivement le regard que l'opinion publique porte sur lui. Mais les messages sanitaires délivrés peuvent se révéler hautement anxiogènes s'ils dévoilent une réalité pire que celle que la personne s'était imaginée et lui procurent le sentiment de ne pas être à la hauteur pour gérer les risques encourus.

C'est pourquoi, il peut parfois s'avérer utile de les inviter à entreprendre un travail sur le plan individuel. Les approches cognitivo-comportementales paraissent tout particulièrement indiquées pour traiter certaines formes de « cancérophobie » résistantes aux tentatives de réassurances, ou d'une façon élargie, pour aider psychologiquement les individus à mieux gérer leurs préoccupations anxieuses excessives en rapport avec la santé et la maladie [37]. Leur dessein n'est pas d'éradiquer complètement l'anxiété, sachant que son absence peut amener à sous-estimer les risques cancéreux encourus (du fait d'un excès d'optimisme) et entretenir un sentiment de sécurité illusoire et d'inutilité des mesures diagnostiques préventives [1]. Les prises en charge cognitivo-comportementales visent prioritairement à identifier des attributions causales erronées (du type « *Ma mère a développé un cancer du sein à mon âge, donc je dois fatalement avoir un cancer du sein* ») et s'attachent à établir des relations de causes à effets entre des réactions émotionnelles disproportionnées et des manières inopérantes de faire face à l'anxiété (envisager systématiquement le pire par exemple), sources d'une souffrance significative sur le plan physique et mental [37]. Le fait de se faire excessivement du souci pour sa santé peut par exemple être envisagé par certaines personnes anxieuses comme un passage obligé pour éviter le développement d'un cancer, ce qu'il convient de considérer comme une forme de pensée magique. Il est souvent important pour ces personnes de leur apprendre aussi à réviser et/ou à relativiser certaines croyances erronées se rapportant à la santé et à la maladie (*restructuration cognitive*), notamment celles qui les conduisent à anticiper négativement l'avenir en envisageant certaines conséquences dramatiques (« *le pire est toujours le plus probable* ») et/ou en ne percevant pas d'issue heureuse (« *le cancer est une maladie incurable et mortelle* »). Il s'avère également primordial de s'entraîner à employer certaines techniques d'autogestion de l'anxiété qui ont fait leurs

preuves (relaxation par exemple). Un travail psycho-éducatif de ce type suppose de (re)constituer les ressources psychologiques des individus en cherchant notamment à préserver et à accroître leur sentiment de contrôle envers les situations anxiogènes, de manière à ce qu'ils les appréhendent plus sereinement (renforcement des sentiments d'auto-efficacité défailants).

Sur un plan plus émotionnel, le recours à des groupes de parole est susceptible de favoriser la prise de conscience et l'expression d'une anxiété latente qui pourra par la suite être traitée [6,29], tandis qu'un travail individuel (davantage garant du respect de l'intimité psychique de la personne) nous paraît mieux indiqué pour faciliter le dévoilement de certaines pensées anxiogènes intrusives, à l'occasion par exemple de l'évocation de souvenirs traumatisants. Selon Walker et Furer [41], il paraît également souhaitable de promouvoir l'acceptation des inquiétudes en incitant les cancéreux anxieux à « s'exposer » mentalement à leurs préoccupations anxieuses afin qu'ils se familiarisent progressivement avec elles (*habitation*) ou arrivent à les considérer avec beaucoup plus d'indulgence et de recul (*défusion*), sachant que les efforts colossaux qu'ils tendent à déployer pour les chasser de leur esprit s'avèrent psychologiquement coûteux et au final contreproductifs (provoquent un effet rebond au niveau des pensées intrusives). Sur le plan corporel, un entraînement à la relaxation ou du *biofeedback* (*rétroaction biologique*), couplé ou non à un examen détaché des informations intéroceptives potentiellement anxiogènes (*body-scan* ou travail d'exposition aux sensations somatiques) et/ou à une réorientation de l'attention vers des sensations corporelles plaisantes (non anxiogènes), se présente selon nous comme un complément thérapeutique intéressant pour diminuer notablement et durablement les manifestations physiologiques de l'anxiété [10].

Notons pour terminer qu'il s'avère primordial d'instaurer (ou de réinstaurer) une alliance thérapeutique de qualité pour potentialiser les bienfaits des techniques utilisées pour diminuer l'anxiété liée au cancer. Dans cette perspective, les soignants se doivent d'être chaleureux, compréhensifs et disponibles. Ils s'évertuent à adopter une écoute empathique envers les plaintes anxieuses de leurs patients, sans pour autant y accorder une attention trop soutenue (afin de ne pas renforcer inopportunistement les inquiétudes). Pour ce faire, nous conseillons de centrer principalement la consultation sur le vécu émotionnel des sujets anxieux (plutôt que sur le cancer exclusivement), en vue de les aider à mieux cerner leur mode de fonctionnement psychologique et son caractère caduc.

## Conclusion

L'étude de l'anxiété en oncologie semble soulever à l'heure actuelle plus de questions qu'elle n'apporte véritablement de

réponses, fort probablement, car il s'agit d'un phénomène protéiforme complexe, multidéterminé, qui peut selon sa nature, son importance et son contexte d'apparition constituer un handicap ou un atout. Sur le plan clinique, il importe donc de bien spécifier la nature de l'anxiété observée, sans préjuger trop vite de son impact, étant donné qu'il peut tout aussi bien s'agir d'une réaction saine et transitoire revêtant une visée adaptative, que d'un état d'alerte plus ou moins permanent, source potentielle d'une importante détresse émotionnelle (ce que seule une étude longitudinale peut véritablement établir). Pour autant, il n'est pas toujours aisé d'opérer une franche distinction entre une anxiété réactionnelle normale ou un trouble adaptatif pathologique pouvant s'expliquer, du moins en partie, par la présence d'une maladie grave (type cancer) et un fond anxieux prémorbide caractérisé par des préoccupations excessives se rapportant à la santé et à la maladie, voire pourquoi pas, une propension habituelle à se faire démesurément du souci (trouble anxieux généralisé). Ces difficultés diagnostiques qui se posent sur le plan psychopathologique questionnent et complexifient le statut nosographique des phénomènes anxieux observés en cancérologie [16].

Sur un plan plus conceptuel, les notions de peur, d'anxiété, d'inquiétude et de souci mériteraient en outre selon nous d'être mieux définies et distinguées par les psycho-oncologues en vue de faciliter leur opérationnalisation et leur évaluation. Il est en effet de plus en plus indispensable de se doter d'instruments valides permettant d'identifier des formes bien spécifiques de peurs ou d'anxiétés liées au cancer dont il convient au préalable de bien cerner les différentes facettes et les circonstances précises d'apparition (perte d'un être cher à la suite d'un cancer, invitation à faire un test de dépistage, excès de réassurances médicales éveillant la suspicion, etc.). Il importe également de mieux décrire la nature des inquiétudes, normales ou pathologiques [16], ainsi que les modes de régulation émotionnelle (dénier ou répression des émotions par exemple) et les styles de faire face comportementaux qu'elles sont susceptibles de conditionner<sup>8</sup>. Il reste encore à notre avis beaucoup d'axes de recherche à investiguer dans ce champ d'étude encore peu exploré.

Nous sommes par ailleurs persuadées qu'une meilleure connaissance et modélisation des différents modes de fonctionnement anxieux observables en cancérologie peut *in fine* nous ouvrir de nouveaux horizons thérapeutiques en nous aidant à préciser les cibles sur lesquelles doivent prioritairement porter nos interventions cliniques pour rendre les personnes cancéreuses mieux armées sur le plan

psychologique, et par là même, plus aptes à autogérer avec brio leur pathologie sur le plan somatique. Les recherches menées actuellement sur l'efficacité de certains types de prises en charge cognitivo-comportementales des troubles anxieux en général et de l'anxiété à l'égard de la santé en particulier nous paraissent notamment extrêmement fécondes et stimulantes sur le plan clinique dès lors qu'elles sont transposées dans le champ de la psycho-oncologie. Soulignons pour finir que ces approches nécessitent non seulement de placer l'individu au cœur d'une dynamique adaptative et/ou de changement qui lui est propre, mais aussi de s'inscrire résolument dans le cadre d'un fonctionnement en équipe pluridisciplinaire, potentialisant les compétences professionnelles respectives de chacun, en vue de répondre de la façon la plus optimale aux problématiques cliniques rencontrées.

**Conflit d'intérêt :** les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Références

- Ackerson K, Gretebeck K (2007) Factors influencing cancer screening practices of underserved women. *J Am Acad Nurse Pract* 19:591–601
- Aguerre C, Michel G, Réveillère C, et al (2008) Conduites à risques et santé somatique. *Ann Med Psychol* 166(2):121–6
- Amelang M (1997) Using personality variables to predict cancer and heart disease. *Eur J Pers* 11:319–42
- Balderson N, Towell T (2003) The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *Brit J Health Psych* 8:125–34
- Beck AT, Emery G (1985) Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. Basic Books, New York
- Bouregba A, May-Levin F (2007) Anxiété et cancer de la prostate. *Psychooncology* 1:162–8
- Brewin CR, Watson M, McCarthy S, et al (1998) Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behav Res Ther* 36:1131–42
- Bruchon-Schweitzer M, Cousson-Gélie F, Tastet S, et al (1998) Cancers et dépressions. Approche de la psychologie de la santé. *Encéphale* 2:2–14
- Butow PN, Maclean M, Dunn SM, et al (1997) The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol* 8:857–63
- Cheung YL, Molassiotis A, Chang AM (2003) The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psychooncology* 12:254–66
- Consedine NS, Magai C, Krivoshekova YS, et al (2004) Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behaviour: a critical review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 13(3):501–10
- Conrada RJ, Leventhal H, O'Leary A (1990) Personality and health. In: Pervin LA (ed), *Handbook of personality: theory and research*. Guilford, New York, pp 638–69
- Cousson-Gélie F, Bruchon-Schweitzer M, Dilhuydy J-M, et al (2005) Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. *Rev Fr Psychooncology* 4:288–91

<sup>8</sup> Sachant qu'il est préférable de recourir à des méthodes indirectes d'investigations (physiologiques et/ou hétéroévaluatives) pour apprécier avec justesse le niveau d'anxiété des personnes cancéreuses, compte tenu du fait qu'elles peuvent être enclines à réprimer leurs émotions négatives dans un but défensif.

14. Deimling GT, Bowman KF, Sterns S, et al (2006) Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psychooncology* 15:306–20
15. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 160:2101–7
16. Grassi L, Sabato S, Rossi E, et al (2005) Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychother Psychosom* 74:100–7
17. Greer S, Morris T, Pettingale KW, et al (1990) Psychological response to breast cancer and 15 years outcome. *Lancet*:49–50
18. Hirai K, Shiozaki M, Motooka H, et al (2008) Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a Brief Cancer-Related Worry Inventory. *Psychooncology* 17(2):1172–9
19. Hoffman-Goetz L, Meissner HI, Thomson MD (2009) Literacy and cancer anxiety as predictors of health status: an exploratory study. *J Cancer Educ* 24(3):218–24
20. Luminet O, Rokbani L, Ogez D, et al (2007) An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *J Psychosom Res* 62:641–8
21. Meechan GT, Collins JP, Moss-Morris RE, et al (2005) Who is not reassured following benign diagnosis of breast symptoms? *Psychooncology* 14:239–46
22. Miles A, Wardle J (2006) Adverse psychological outcomes in colorectal cancer screening: does health anxiety play a role? *Behav Res Ther* 44:1117–27
23. Miller SM (1995) Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer* 76(2):167–77
24. Miller SM, Mangan CE (1983) Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress. Should the doctor tell at? *J Pers Soc Psychol* 45:223–5
25. Mullens AB, McCaul KD, Erickson SC, et al (2004) Coping after cancer: risk perceptions, worry, and health behaviors among colorectal cancer survivors. *Psychooncology* 13:367–76
26. Razavi D, Delvaux N (2008) Précis de psycho-oncologie de l'adulte. Masson, Paris
27. Rimes KA, Salkovskis PM, Jones L, et al (2006) Applying a cognitive-behavioral model of health anxiety in a cancer genetics service. *Health Psychol* 25(2):171–80
28. Roberts CS, Piper L, Denny J, et al (1997) Support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer. *Health Soc Work* 22:133–41
29. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al (1998) Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 82:1904–8
30. Roth AJ, Massie MJ (2007) Anxiety and its management in advanced cancer. *Curr Opin Support Palliat Care* 1(1):50–6
31. Salkovskis PM, Rimes KA (1997) Predictive genetic testing: psychological factors. *J Psychosom Res* 43(5):477–87
32. Segrestan C, Cousson-Gélie F, Bussières E (2005) Contrôle externe et impuissance/désespoir : impact sur l'ajustement à une biopsie mammaire et au diagnostic de cancer du sein. *Rev Fr Psychooncology* 4:292–5
33. Simard S (2008) Vers une conceptualisation multidimensionnelle de la peur de la récidive du cancer :  valuation, nature des pensées intrusives et comorbidité psychiatrique. Thèse de doctorat en psychologie, Université Laval, Québec, Canada
34. Sirois FM, Melia-Gordon ML, Pychyl TA (2003) "I'll look after my health, later": an investigation of procrastination and health. *Pers Individ Differ* 35:1167–84
35. Smith MY, Redd WH, Peysers C, et al (1999) Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology* 8:521–37
36. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1991) The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 32:153–64
37. Taylor S, Asmundson GJG (2004) Treating health anxiety: a cognitive-behavioral approach. The Guilford Press, New York
38. Temoshok L (1987) Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surv* 6:545–67
39. Whitaker KL, Brewin CR, Watson M (2008) Intrusive cognitions and anxiety in cancer patients. *J Psychosom Res* 64:509–17
40. Whitaker KL, Brewin CR, Watson M (2009) Intrusive cognitions and their appraisal in anxious cancer patients. *Psychooncology* 18(11):1147–55
41. Walker JR, Furer P (2008) Interoceptive exposure in the treatment of health anxiety and hypochondriasis. *J Cogn Psychother* 22(4):366–78
42. Watson M, Ramirez A (1991) Psychological factors in cancer prognosis. In: Cooper CL, Watson M (eds) *Cancer and stress*. Wiley, New York, pp 47–71
43. Wright EB, Holcombe C, Salmon P (2004) Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *Brit Med J* 328:864–70