L'adolescent en rémission complète du cancer : à propos d'une étude exploratoire

Adolescent in complete remission: an exploratory study

V. Buttin-Longueville · F. Sordes Ader · J. Gary · N. Rols · T. Leblanc · A.I. Bertozzi Salamon · B. Brethon · A. Robert · H. Rubie · A. Baruchel

Reçu le 25 janvier 2010 ; accepté le 1^{er} mars 2010
© Springer-Verlag France 2010

Résumé Cette recherche analyse le vécu de l'adolescent en rémission complète du cancer, situation dans laquelle il n'est ni malade, ni guéri. Un questionnaire a été donné à 35 adolescents, nous permettant d'analyser la qualité de vie, les conflits identitaires, l'anxiété, l'insertion sociale et familiale. Les résultats montrent une qualité de vie satisfaisante malgré un dépassement difficile de cette expérience de maladie (troubles identitaires, angoisses de rechute du survivant). La rémission complète est, donc, encore une étape nouvelle dans la maladie, étape trop peu souvent prise en charge. *Pour citer cette revue : Psycho-Oncol. 4 (2010).*

Mots clés Adolescent · Rémission complète · Qualité de vie · Conflits identitaires

Abstract This study examines the life of adolescents in complete remission, a situation in which they are neither sick nor cured. A questionnaire was given to 35 adolescents in complete remission, allowing us to analyze quality of life, self-identity conflicts, anxiety, and social and familial insertion. Results reported a good quality of life in spite of a difficult going beyond this experiment of disease (continuity identity, fears of relapse, and survival). Complete remission is,

again, a new stage in the disease, stage too seldom dealt with. *To cite this journal: Psycho-Oncol. 4 (2010).*

Keywords Adolescent · Complete remission · Quality of life · Self identity conflicts

Introduction

L'adolescence est un stade complexe du développement psychoaffectif et social du sujet, consistant, entre autres, « à supporter un corps sexué d'adulte avec une maturité d'enfant » [2]. La survenue d'une affection cancéreuse durant cette tranche de vie vulnérable ne cesse de questionner, interpellier et repenser les dispositifs de prise en charge actuels, tant les difficultés psychosociales durant les traitements sont importantes [7]. Que se passe-t-il dans l'après-traitement, une fois que l'adolescent est déclaré en rémission ? Alors que le taux de survie en oncologie pédiatrique ne cesse de croître, peu d'études s'intéressent aux répercussions psychosociales de la rémission. Un récent rapport de l'Inserm et de la DRESS [15] dresse un premier état des lieux assez pessimiste des conditions de vie de personnes atteintes d'affections cancéreuses, deux ans après le diagnostic. Il paraît donc aujourd'hui important de nous pencher sur ces répercussions, les adolescents devant faire face à une double tâche : traverser l'adolescence et reprendre leur vie d'avant la maladie, en intégrant les changements.

Rémission complète d'hémopathie maligne

Grâce aux récents progrès thérapeutiques, de plus en plus d'adolescents parviennent à l'état de rémission complète avec près de 74 % de taux de survie en France [10]. Cet état est défini par une absence de cellules cancéreuses dans le corps et par la fin des traitements préventifs d'entretien. Cette période reste longue en hématologie pédiatrique,

V. Buttin-Longueville (✉) · F. Sordes Ader (✉)
Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie,
Unité Octogone, Université Toulouse le Mirail,
5, Allées Antonio Machado, F-31000 Toulouse, France
e-mail : buttin.longueville@gmail.com, sordes@univ-tlse2.fr

J. Gary · A.I. Bertozzi Salamon · A. Robert · H. Rubie
Unité d'hémo-oncologie pédiatrique,
hôpital des enfants, avenue de Grande-Bretagne, TSA 70034,
F-31026 Toulouse, France

N. Rols · T. Leblanc · B. Brethon · A. Baruchel
Service d'hématologie pédiatrique,
hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux,
F-75475 Paris cedex 10, France

s'étalant sur trois années (de la fin des traitements : deux ans postdiagnostic ; à la guérison : cinq ans postdiagnostic). Ce « temps non-traitement » [21] considère le sujet à risque de récurrence ou d'effets secondaires iatrogènes nécessitant des visites médicales s'espacant au fur et à mesure du temps. Cet état ambigu, paradoxal et peu discuté dans la littérature, renvoie à une période charnière d'entre-deux : être entre le statut de malade et de personne saine. Autrement dit, cet adolescent n'a plus de cellules cancéreuses, mais n'est pas guéri, d'où le paradoxe.

Difficultés psychologiques de la rémission complète

Si le fait de retrouver la santé après plusieurs mois, voire des années de maladie procure une indéniable satisfaction, devoir à cette occasion modifier l'univers de ses pensées peut devenir une source de souffrance, car elle instaure une confusion identitaire [4]. En effet, cet « entre-deux » comporte de nombreux paradoxes et incertitudes à travers sa définition même : absence de maladie, de traitements, mais néanmoins risques conséquents de rechute et nécessité d'une surveillance médicale. La fin des traitements est à envisager ici comme traumatique au même titre que l'annonce de la maladie, interrogeant aujourd'hui la nécessité d'instaurer un dispositif de sortie de traitements au même titre que le dispositif actuel d'annonce diagnostique [24]. Il s'agit pour le patient de « reprendre, en sens inverse, un cheminement qui l'a mené de la situation de bonne santé à l'expérience de la maladie » [19], avec la perception de risques de récurrences, ceux-ci pouvant faire figure d'« épée de Damoclès » [14]. L'adolescent, lui-même dans sa problématique identitaire, doit réaliser un important travail psychique d'adaptation, de négociation et d'intégration pour passer du statut de malade à celui de « sain ». Il doit assimiler un nouvel état, une nouvelle réalité au sein desquels il doit se redéfinir, se repositionner par rapport à son environnement. Il doit également revoir son système de valeurs personnelles qui lui est propre et le définissent, car celles-ci sont inappropriées face à la situation changeante. Face à la perte des repères, l'identité vacille [27], des troubles d'adaptation psychosociale émergent [11]. Ainsi, « vivre comme avant n'est pas possible parce que le cancer ne s'efface pas » [30]. L'étude de Marioni [18] sur 15 adolescents en rémission complète posttraitement fait état de ces difficultés à sortir de l'enfance et à se détacher du modèle parental durant la période de rémission.

Objectifs de la recherche

À travers cette recherche exploratoire, nous voulons questionner les deuils que l'adolescent doit réaliser au

cours de cette période ambiguë qu'est la rémission : deuil de sa maladie, deuil de celui qu'il était avant sa maladie. Comment ne pas être en conflit identitaire alors que l'adolescent n'est ni guéri, ni malade ? Les risques de rechute, propres à cette période, peuvent-ils susciter des angoisses ? Comment retrouver sa position familiale, se réintégrer dans son réseau social au sortir du cancer ? Autant de questions à décliner chez un adolescent en développement.

Méthodologie

Cette recherche a été menée auprès de 35 adolescents (15 filles, 20 garçons) atteints d'hémopathies malignes, âgés de 12 à 18 ans (âge moyen : 15 ans). Ils se situent dans les trois années de rémission complète posttraitement : dix adolescents durant la première année après la fin des traitements, 12 adolescents durant la deuxième année posttraitement, 13 adolescents durant la troisième année posttraitement. Parmi les 35 adolescents, 29 sont atteints de leucémie aiguë lymphoïde (LAL), quatre de maladie de Hodgkin, deux d'un lymphome lymphoblastique. Ces adolescents n'ont pas connu de rechute, d'allogreffe, ils n'ont pas d'antécédents psychologiques ou psychiatriques antérieurs à la maladie, ont accepté par consentement écrit ainsi que leurs parents la recherche.

Cette recherche est multicentrique : les adolescents ont été rencontrés au sein du service d'hématologie pédiatrique de l'hôpital St-Louis à Paris (17 adolescents) et au sein du service d'hémo-oncologie pédiatrique de l'hôpital des enfants de Purpan à Toulouse (18 adolescents).

Cette phase exploratoire a été menée uniquement par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire, élaboré à partir d'entretiens menés en amont auprès d'adolescents en rémission. Ce questionnaire renvoie à plusieurs dimensions. Nous évaluons le niveau estimé par l'adolescent de sa qualité de vie actuelle (un item) sur une échelle de 10 points ; les conflits identitaires (32 items : estime de soi ; sentiment de continuité ; statut malade/sain) ; les angoisses (42 items : angoisse de rechute, angoisse liée à l'avenir, angoisse liée à la distanciation du corps médical, angoisse du survivant) ; l'insertion familiale et sociale (24 items : sentiment de différence, relation avec les pairs, relation avec la famille, projection dans l'avenir). L'adolescent doit répondre à chacune de ces dimensions, sur un dispositif de réponse binaire : oui/non ou « me ressemble/ne me ressemble pas », afin d'éviter les biais liés à la désirabilité sociale importante à cet âge.

La recherche était introduite par une présentation orale du pédiatre référent à l'adolescent et à son (ses) parent(s) lors de la visite de surveillance avec le pédiatre hématologue. Pour les adolescents sans visite médicale programmée, un courrier leur était adressé à propos de leur possible participation à la

recherche. Nous rencontrons l'adolescent seul au sein du bureau de la psychologue du service ou d'un bureau destiné aux consultations de pédiatrie, de manière à répondre à d'éventuelles difficultés face aux questionnaires. Toutes les rencontres avec les adolescents ont répondu aux règles déontologiques et éthiques de la recherche en psychologie en conformité avec la loi n°2004-806 du 9 août 2004, ainsi que la loi n°88-1138 du 20 décembre 1988, dite loi Huriet-Sérusclat en nécessitant le consentement libre et éclairé de l'adolescent et de son représentant légal.

Résultats

Les résultats de cette étude exploratoire que nous énonçons ici sont descriptifs. L'évaluation par les adolescents de leur qualité de vie (note maximale sur 10) est très satisfaisante (moyenne : 8,29). Les arguments donnés pour l'expliquer renvoient aux « bonheur ressenti à l'arrêt des traitements ; changement positif de vie ; reprise d'une vie normale, de l'école, des activités sportives ; relations amicales plus sûres ; chance de survie ; reviviscences traumatiques de la maladie ; relations familiales plus intenses ; investissement dans les projets ».

Parmi les conflits identitaires, l'estime de soi est la dimension la moins remise en question (moyenne obtenue sur huit items : 4,37). Seule l'estime corporelle semble affectée : « je ne suis pas fier(e) de mon corps » pour 68 % des adolescents, « mon corps ne plaît pas facilement » pour 54 %. La discontinuité identitaire est la difficulté majeure rencontrée dans notre recherche : 91 % des adolescents estiment avoir changé de comportements depuis leur maladie ; 80 % se sentent différents d'avant leur cancer ; 69 % interprètent les événements différemment depuis leur maladie ; 57 % réagissent de manière différente aux situations ; 23 % perçoivent des changements dans leurs croyances ; 25,7 % connaissent des difficultés à se définir ; 29 % ne savent pas comment se comporter. Le statut identitaire de l'adolescent en rémission pose de nombreuses ambiguïtés : 49 % des adolescents avouent connaître des difficultés à se comporter comme une personne non malade ; les habitudes de malades sont préservées chez 65 %, et 60 % disent avoir une perception de fragilité ; 30 % n'ont pas accompli le deuil de leur maladie. Parmi les angoisses les plus importantes, les adolescents reportent un très fort taux d'angoisse de rechute (42 % des réponses) et d'angoisse du survivant (40 % des réponses). Vis-à-vis de la première angoisse, 70 % des adolescents disent avoir peur de retomber malades ; 43 % pensent fréquemment à la rechute ; 50 % se montrent très vigilants quant aux risques infectieux et microbiens en adoptant des mesures d'hygiènes draconiennes ; 40 % attendent avec impatience les résultats des examens médicaux ; 37 % adoptent des conduites d'évitement des situations leur

évoquant la maladie ; 17 % craignent le pire lors d'examen médicaux. Quant à l'angoisse du survivant, 60 % disent ressentir le devoir d'accomplir quelque chose de bien ; 46 % avouent s'interdire le droit de faiblir par devoir pour les proches les ayant soutenus ; 40 % vivent des remémorations de moments précis des traitements sous forme de flashs ; 37 % se sentent investis d'une mission par la survie au cancer ; 31 % ressentent de la honte face aux malades en traitements. Au niveau des angoisses de dépendance (28 % de réponses), 40 % des adolescents se disent rassurés par les visites médicales ; 34 % ont plus confiance dans le médecin référent qu'en le médecin traitant ; 34 % ressentent une angoisse en se rendant dans un hôpital ; 28 % ont connu des angoisses durant les premiers temps de l'arrêt des traitements ; 14 % affirment que ce passage a été vécu comme un abandon de la part de l'équipe médicale. Les angoisses face à l'avenir ne sont pas très importantes (25 % des réponses) : 52 % ont peur qu'il n'arrive un malheur à un de leurs proches ; 43 % se soucient de leur avenir ; 32 % ont peur de transmettre leur maladie à leur enfant ; 27 % redoutent un redoublement scolaire ; 28 % se sentent en sursis.

Les difficultés d'insertions sociales et familiales ne sont pas très importantes chez nos adolescents. Ils se projettent professionnellement dans l'avenir, avec une priorité pour des professions médicales et paramédicales. Les relations avec la famille sont modifiées pour 71 % des adolescents : 50 % se disent surprotégés par leurs parents ; 40 % ne ressentent pas de rapprochement des membres de leur famille par la maladie ; 40 % constatent une jalousie dans la fratrie. Au niveau des relations avec les pairs, les adolescents (50 %) sont inquiétés par le fait qu'ils n'ont pas de petit(e) ami(e) ; 37 % ont connu des difficultés d'insertion sociale ; 37 % ont perdu des amis du fait de leur maladie ; 19 % n'ont pas connu trop de difficultés à se réintégrer dans un groupe ou dans une relation amoureuse (22 %), ou avoir beaucoup d'amis (22 %). Enfin, le sentiment de différence est important. Pour 65 % des adolescents, les autres jeunes de leur âge ne peuvent pas comprendre ce qu'ils ont vécu ; 43 % ont des intérêts divergents de leurs pairs ; 31 % préfèrent la compagnie de personnes adultes que des jeunes de leur âge ; 28 % des adolescents font partie d'une association de malades.

Discussion

Si notre échantillon est restreint et cette étude exploratoire, des pistes de réflexion émergent pour de futures recherches.

Les adolescents ont une vision très positive de leur vie actuelle. « Il y a rémission de cancer, cessation de traitements, prolongation de la vie, avec toutes ses aspérités, heureuse ou pas » [28]. Alors qu'ils viennent de connaître une longue période rythmée d'hospitalisations, de contraintes, d'interdictions, de souffrances et de traitements, la rémission

est vécue comme un moment de quiétude et de répit. Un nouveau sens est donné à la vie : de nouvelles valeurs face à cette vie retrouvée, la rencontre des réseaux amicaux, la projection dans le futur. Une nouvelle vie s'offre à eux, même s'ils savent que le cancer peut revenir à tout moment.

Cet élan émotionnel positif se fond rapidement dans une ambivalence par le constat des séquelles physiques des traitements le ramenant à son identité de malade comme le constate dans sa pratique le Dr Pein [24]. L'image du corps s'en trouve affectée à travers le regard que l'adolescent porte sur lui-même : il ne se plaît pas ou plus. Le passage du statut de malade à celui de sain n'est pas aisé, car le cancer s'est inscrit dans son histoire. Ce dernier a créé une rupture dans la continuité de la vie : bouleversement des habitudes, des projets, nouveau statut, nouveaux rôles. Il a laissé une trace psychique en marquant l'individu dans son histoire, son identité, son développement de façon indéniable. « Ce qui deviendra étrange, anormal, c'est d'être sain, indemne » [13]. Et l'adolescent peut se réfugier dans le cancer, peut refuser d'en sortir, montrant certainement une tentative subtile de combattre la peur de la mort par l'illusion de toute puissance face à la mort, de maîtrise, d'accès à l'immortalité [23]. Sortir de la maladie pourrait être perçu comme sortir de soi, en risquant de se trouver confronté à un vide intérieur. Cela est clairement montré par les adolescents qui se sentent effectivement différents d'avant (changements de comportement, se sentir différents, interprétations différentes,...), évoquant une nostalgie de retour à l'identique [1]. La guérison psychique semble donc difficile [26].

L'anxiété de rechute est importante dans notre échantillon, tout comme le montre l'étude de Vaudre et al. [29] sur 41 adolescents. « Parce qu'il n'existe à ce jour aucun critère absolu qui puisse prédire, quel patient parmi ceux présentant le même cancer va rechuter ou ne pas rechuter, l'incertitude, le doute et l'anxiété règnent dans l'après-cancer » [26]. L'ex-malade qui est alors informé d'éventuels signes de rechutes va être en alerte au moindre changement et rester dans une hypervigilance quant à sa santé. Cette situation est d'autant plus anxiogène qu'il reste face à un ennemi invisible pour lequel la logique des soins succède à la logique de surveillance, c'est-à-dire à un état passif d'hypervigilance concernant les bruits et manifestations corporelles. Le sujet en rémission est donné au regard de la médecine comme un être à risque. Ce qualificatif se veut antinomique avec l'adolescence qui s'offre, au contraire, comme une période d'illusion de toute puissance permettant au jeune d'expérimenter des situations dangereuses et de dépassement de soi. Cette incertitude d'une nouvelle rechute fait l'effet d'une épée de Damoclès au-dessus de la tête du patient qui reste figé dans un présent perpétuel, entraînant des niveaux d'anxiété importants à long terme [20].

L'individu survivant à une situation difficile de l'existence se sent investi de la tâche importante de maintenir le

bonheur et l'unité de sa famille ou de son entourage social à ses dépens. En effet, « la confrontation de son état face à des compagnons encore malades provoque la culpabilité » [25]. Cette dernière émane de la chance que l'adolescent a à être sorti de cette épreuve. Il se pose alors la question de la légitimité de sa vie : a-t-il mérité ce privilège par rapport à d'autres décédés ? Dans un élan de réparation (prenant racine dans les croyances judéo-chrétiennes), il fait alors preuve d'un grand dévouement, de sacrifices, pour le stockage de mérites par rapport à sa famille, pour le bien-être des siens. Tout se passe comme si un gel des pulsions agressives de l'adolescent envers ses parents était nécessaire [18]. Il doit honorer cette chance de vie en profitant de la vie et en donnant aux autres. La survivance au cancer peut prendre la valeur symbolique d'une dette à payer [12].

La réinsertion familiale et sociale n'est pas tant problématique pour l'adolescent. Elle est seulement sous le signe de la continuité avec l'avant-rémission. En effet, les parents face à la maladie de leur enfant-adolescent ont mis leur vie entre parenthèses, la mère et l'enfant formant « une dyade hyperfonctionnelle » d'où le père est souvent exclu [9] et parfois la fratrie. Parce qu'il est malade, celui-ci devient objet de protection outrancière, le marginalisant ainsi de sa fratrie. Ce dérèglement relationnel suite à une menace de mort nous renvoie au syndrome de Lazare [5]. Le rescapé n'a plus le même statut, mais un statut à part, hors de la communauté [17]. Il est alors évident que se tisse une problématique autour de la sortie de la maladie, impliquant le rapport difficile entre la solitude et la proximité des autres. La réintégration dans la continuité de sa vie, dans la communauté à laquelle il appartient ne peut se faire sans effacement de son expérience et aménagements psychiques. Il ne peut s'intégrer au niveau de ses pairs sans quitter son statut de malade, ses bénéfices secondaires et se réadapter en reprenant un comportement d'adolescent sain. Il garde le sentiment amer d'avoir raté les événements extérieurs marquants, d'avoir été mis à l'écart. Il peut lui paraître insupportable de constater que le monde a continué à vivre, à évoluer sans lui [6].

Conclusion

Les limites de cette recherche exploratoire, telles que le nombre restreint d'adolescents, la passation unique d'un auto-questionnaire, nous conduisent à poser des questions sur les conséquences psychosociales de la rémission.

Alors que se joue chez l'adolescent une construction identitaire, viennent se greffer à la fois une maladie nommée cancer, mais aussi une rémission de cette maladie. Cette articulation de deux processus complexifie l'interprétation des résultats de ce qui est imputable à la maladie et ce qui découle de l'adolescence. Les difficultés psychologiques sont présentes chez nos adolescents face à ce sentiment de

n'être plus malade, mais non guéri, tout comme les observations réalisées par Delage et Zucker [8], Maggioni et al. [16] et d'Oppenheim et al. [22]. Les angoisses, la surprotection parentale, le réseau amical sont autant d'éléments à interroger, aussi bien dans les recherches futures que dans notre pratique avec les adolescents.

Nous appuyant sur ces pistes de réflexion, nous avons mis en place une recherche longitudinale permettant d'interroger la problématique de la rémission chez des adolescents et leurs parents. Celle-ci prend effet au moment même de la visite déclarant l'adolescent en rémission, et se déroule sur neuf mois. Nous pourrions alors mettre en évidence les conséquences psychosociales du début de la rémission à la fois chez l'adolescent mais aussi chez les parents. De ces résultats, nous espérons pouvoir mettre en place des dispositifs répondant réellement à la problématique de l'adolescent en rémission, car « on guérit d'une maladie mais pas nécessairement d'avoir été malade » [3].

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

Références

1. Arnault Y, Ben Soussan P, Prodrouhou N, Lacour AC (2004) Cancer et temporalité : un aussi long parcours. *Rev Francoph Psycho-Oncologie* 3(4):197–200
2. Bacqué MF (2009) Adolescence et cancer : deux crises pour le prix d'une... *Psychooncology* 3(4):205–6
3. Ben Soussan P, Dudoit E (2008) Les souffrances psychologiques des malades du cancer. *Dépistage et cancer*, Springer
4. Brun D (1989) L'enfant donné pour mort : enjeux psychiques de la guérison, Dunod, Paris
5. Clervoy P (2007) Le syndrome de Lazare : traumatisme psychique et destinée. Éditions Albin Michel, Paris
6. Daly N (1988) La guérison sociale et professionnelle des patients traités pour le cancer. *Psychol Med* 20(9):1310–2
7. Dauchy S, Charles C, Tournay E (2009) Jade : une évaluation de la détresse, des besoins psychosociaux et du souhait d'aide d'une population d'adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et de leurs proches. *Psychooncology* 3(4):241–2
8. Delage M, Zucker JM (2009) Qu'en est-il du sentiment de guérison chez le jeune adulte atteint d'un cancer dans l'enfance ou dans l'adolescence ? *Psychooncology* 3(4):226–31
9. Delvaux N (1987) L'expérience du cancer pour les familles. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* n° 36:91–101
10. Desandes E (2009) Épidémiologie des cancers chez les adolescents et jeunes adultes et leur parcours de soins. *Psychooncology* 3(4):212–6
11. Dhomont T (1988) À propos du syndrome de Lazare. *Psychol Med* 20(9):1276
12. Huguet M (1995) Le cancer comme événement traumatique. De l'angoisse à la recherche de soi. Réflexions à propos d'un cas clinique. In: Pélicier Y (ed) *Psychologie, cancers et société*. L'esprit du temps, pp 37–46
13. Kipman SD (1981) L'enfant et les sortilèges de la maladie : fantasmes et réalité de l'enfant malade, des soignants et de sa famille, Éditions stock, Paris
14. Koocher GP, O'Malley JE (1981) The Damocles syndrome: psychosocial consequences of surviving childhood cancer. Mac Graw Hill, New-York
15. Le Coroller-Soriano AG, Malavolti L, Mermilliod C (2008) Les conditions de vie des patients atteints de cancer 2 ans après le diagnostic. DREES-INSERM. Études et résultats, La Documentation Française, Paris
16. Maggioni A, Grassi R, Adamoli I, et al (2000) Self image of adolescent survivors of longterm childhood leukaemia. *J Pediatr Hematol Oncol* 22:417–22
17. Mangelle C (2009) C'est l'histoire d'un mec... *Oncomagazine* 3(1):8–9
18. Marioni G (2009) Enjeux psychologiques de la rémission chez les adolescents atteints de cancer : premiers résultats d'une étude. Intervention orale lors du XXVI^e Congrès de la Société française de psycho-oncologie, 4–6 novembre 2009, Palais des Congrès le Corum, Montpellier
19. Masson A (2004) Contribution psychanalytique à la réflexion sur l'après cancer : vers la conceptualisation du statut d'être à risque. *Rev Francoph Psycho-Oncologie* n° 2:91–6
20. Maurice-Stam H, Grootenhuis MA, Brons PP, Caron HN, Last BF (2007) Psychosocial indicators of health-related quality of life in children with cancer 2 months after end of successful treatment. *J Pediatr Hematol Oncol* 29(8):540–50
21. Ménoret M (1999) Les temps du cancer. CNRS éditions, Paris
22. Oppenheim D, Bruno Y, Grujard D, Lemerle J (1995) Fin(s) de traitement et « guérison ». *Arch Pediatr* 2:267–72
23. Oppenheim D (1996) L'enfant et le cancer : la traversée d'un exil, Paris, Bayard Éditions
24. Pein F (2009) Les séquelles des traitements et leur suivi, intervention orale lors du XXVI^e Congrès de la Société française de psycho-oncologie, 4–6 novembre 2009, Palais des Congrès le Corum, Montpellier
25. Pretty H (1988) La guérison du cancéreux selon le malade : rapport introductif. *Psychol Med* 20(9):1257
26. Pucheu S (2004) Guérison et cancer. *Rev Francoph Psycho-Oncologie* 3(2):61–4
27. Tap P, Tarquinio T, Sordes-Ader F (2002) Santé, maladie et identité. In: Fischer GN (ed) *Traité de psychologie de la santé*, Dunod, Paris, pp 135–61
28. Vaillant M (2009) Vivre entre rémission et guérison. *Oncomagazine* 3(1):8–9
29. Vaudre G, Trocmé N, Leverger G, et al (2005) Vécu des adolescents guéris d'une leucémie aiguë lymphoblastique. *Arch Pediatr* 12:1591–9
30. Zucker JM, Quintana E, Pacquement H, Michon J (1988) Cancer de l'enfant : guérison de la maladie ou guérison du malade ? *Psychol Med* 20(9):1347–9