

## Patients et médecins face à la chimiothérapie

**Lionel Dany**

Laboratoire de Psychologie Sociale, Université de  
Provence, Aix-en-Provence, France.  
Centre Hospitalier Universitaire de la Timone,  
Marseille, France.

**Eric Dudoit**

Centre Hospitalier Universitaire de la Timone,  
Marseille, France.

**Patrice Cannone**

Centre Hospitalier Universitaire de la Timone,  
Marseille, France.

**Roger Favre**

Centre Hospitalier Universitaire de la Timone,  
Marseille, France.

### Résumé

La chimiothérapie occupe une place centrale au sein de la relation médecins-patients, par sa position dans la trajectoire de la maladie, son mode de contact et ses effets secondaires. Le cadre théorique des représentations sociales permet d'étudier les systèmes de régulations symboliques liés à un objet en fonction des insertions sociales des individus et des attributions fonctionnelles qu'ils développent à son égard, et ce, dans un ensemble différencié de valeurs et de croyances. Un questionnaire comprenant un recueil d'associations libres et d'attitudes vis-à-vis de la chimiothérapie a été administré à des patients et des médecins d'un service d'oncologie. Les résultats montrent que la chimiothérapie s'apparente à un « espace de négociation » marqué par la polysémie des constructions socio-cognitives qui le caractérise. Cette diversité, qui révèle le positionnement des acteurs de la relation face à l'objet et les attentes normatives liées à leurs statuts, a valeur d'enjeu dans une perspective d'alliance thérapeutique.

### Mots clés

travail de contextualisation ; médecins ; patients ; chimiothérapie ; alliance thérapeutique.

## Introduction

La maladie représente un événement à part dans la biographie des individus. Toutefois toutes les maladies ne disposent pas du même impact symbolique. Il en est ainsi pour le cancer, qui suscite de nos jours des peurs proches de celles qui accompagnaient les épidémies d'autrefois. Véritable « fléau moderne » (Pinell, 1992), le cancer est la première cause de mortalité en France (environ 150 000 décès par an), et chaque année près de 280 000 nouveaux cas sont recensés (Hill, Doyon et Sancho-Garnier, 1997).

Pour Adam et Herzlich (1994), le cancer représente le prototype même des maladies d'aujourd'hui : maladie individuelle sans caractère transmissible, le plus souvent au long cours et qui bénéficie d'un investissement médical conséquent. En effet, le cancer d'aujourd'hui n'a plus le même visage que celui d'hier. L'impact des progrès de la médecine, sur les pronostics, sur l'allongement de la durée de vie et celui de la maladie, entraîne de nouveaux questionnements sur le vécu de la maladie, avec

une insistance sur le traitement symptomatique des effets secondaires des traitements, sur la qualité de vie et sur les répercussions psychiques de la maladie. Ce mouvement s'accompagne de réflexions récentes sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur et de la souffrance des patients<sup>5</sup>. Dans ce nouvel « habillage » de la relation thérapeutique, le traitement occupe une place privilégiée qu'il convient de questionner.

Si le diagnostic de cancer confronte le patient à la question de son devenir et de la mort (Little, Jordens, Paul, Montgomery et Philipson, 1998 ; Muzzin, Anderson, Figueredo et Gudelis, 1994), la mise en œuvre d'un traitement va entériner ce nouveau statut. Il n'est pas rare en effet, dans le parcours médical, que la mise sous traitement soit souvent appréhendée par les patients comme

---

<sup>5</sup> Ce n'est que récemment, et sous la pression des patients exigeant l'amélioration de leur qualité de vie, que la prise en charge de la douleur est devenue une priorité de santé publique en France avec la circulaire n°98/586 du 22 septembre 1998.

l'entrée effective dans la maladie (Tarquinio, Fischer et Barracho, 2002).

Parmi les traitements disponibles pour « combattre » le cancer, la chimiothérapie<sup>6</sup> occupe une place particulière au sein de la relation médecin-patient. Particularité qu'elle doit à la position qu'elle occupe dans l'imaginaire social<sup>7</sup> et dans la trajectoire de la maladie (cf. Strauss, 1992), à son mode de contact (spécificités des soins) et à ses effets secondaires. Tous ces éléments contribuent à faire que si le diagnostic marque une première rupture biographique pour la personne atteint par un cancer, l'annonce de la mise en place du traitement par chimiothérapie va en impliquer une seconde. Ainsi, on a pu observer que les patients atteints par un cancer attribuent un caractère de gravité plus important à leur maladie lorsqu'un traitement par chimiothérapie leur est proposé (Charavel, Bremond et Mignotte, 2002).

De fait, la communication entre médecin et patient doit tenir compte des enjeux importants que révèlent la question du diagnostic ou du traitement (Byrne, Ellershaw, Holcombe et Salmon, 2002). Ce dernier représente, par ailleurs, un concept clé dans l'analyse de la relation entre médecins et patients (Quesnel, Garnier et Hall, 2001). Notre pratique clinique, en oncologie médicale, nous montre que la chimiothérapie, lorsqu'elle est mise en œuvre, est un média à la relation médecin-patient et apparaît souvent comme « l'objet » autour duquel s'initie et se réalise la communication entre le médecin et le patient. Or la communication, dans le cadre d'une maladie comme le cancer, occupe une place importante (Takayama, Yamazaki et Katsumata, 2001 ; Ford, Fallowfield et Lewis, 1996), tant sont liées

---

<sup>6</sup> Administration, le plus souvent intraveineuse, de molécules (naturelles ou issues de la synthèse chimique) ayant une activité sur les cellules en division et donc sur les cellules cancéreuses (Rixe, Khayat & Fischer, 2002).

<sup>7</sup> Par le biais de l'alopecie, qui a participé et participe encore de nos jours à l'élaboration du stigmat de la maladie cancéreuse (Bataille, 2003).

les modalités de communication des médecins et la satisfaction des patients (Rotter et Hall 1992 ; Stewart 1984).

On sait par ailleurs, que les difficultés rencontrées lors des interactions entre médecins et patients peuvent être attribuées à la diversité des attitudes (Miller, Kearney et Smith, 2000) et représentations que chacun peut élaborer à propos de la maladie (Pétrillo, 2000) ou du traitement (Boutry, Materon et Bidat, 2001). Les attitudes exprimées vis-à-vis du cancer peuvent, par exemple, représenter un obstacle dans la communication entre patients et médecins (Purandare, 1997). La chimiothérapie n'est pas contestée comme moyen par les patients (Akrich et Méadel, 2001), autrement dit, comme modalité thérapeutique dans le traitement du cancer. Toutefois certaines recherches (Bremmes, Andersen et Wist 1995 ; Slevin, Stubbs, Plant et al, 1990) mettent en évidence que les attitudes exprimées vis-à-vis de la chimiothérapie varient selon le groupe d'appartenance (patients, médecins, infirmiers) et influencent les choix thérapeutiques (choix du type de traitement, modalités de réalisation du traitement). Il convient donc d'interroger l'expérience du traitement par chimiothérapie, chez les patients et les médecins, pour en appréhender les enjeux.

L'espace médical peut être envisagé comme une relation née de la confrontation de deux champs de connaissances et de significations (Péquignot, 1953) : le champ du malade, considéré comme subjectif (affects, angoisse, espérance) et celui du médecin qui se définit davantage par son objectivité (récusant pour partie l'expérience du malade). De même dans le contexte de la maladie, les croyances et les représentations s'imposent comme un pré-requis perceptif (Herzlich, 1969).

L'interaction médicale se pose comme une confrontation de savoirs et de conceptions, comme une expérience vécue en fonction d'une position sociale spécifique (celle de patient ou de médecin). L'analyse de cette expérience représente un enjeu pour appréhender et comprendre les processus qui lui donnent sens. L'approche conceptuelle des représentations sociales constitue dans cette optique un opérateur de choix pour permettre cette analyse.

## 1. Représentations sociales et travail de contextualisation

Ce travail prend pour cadre la proposition formulée par Morin et Apostolidis (2002) à partir de leur analyse sur les rapports entre contexte social, et champ de la santé et de la maladie. Cette conception pose le social comme système d'interprétation des maladies et des risques, mais également comme un système de relations entre personnes situées dans un espace de négociation, d'échanges et de parcours de soin. Autrement dit, il est question du social comme système d'interprétation et du social dans la représentation de l'autre (incluant les régulations socio-contextuelles des relations entre médecins et patients). La mise en oeuvre de cette approche nécessite un travail de contextualisation. Il s'agit de rendre apparent le système social dans lequel sont enracinés les comportements et les relations que les individus entretiennent avec autrui.

En effet, la relation médecin-malade n'est pas qu'interpersonnelle, elle met en présence des malades qui appartiennent à des groupes sociaux divers et des membres d'une profession caractérisée par un statut spécifique (Adam et Herzlich, 1994). Comme le suggèrent les recherches sur les modèles « bio-psycho-sociaux » de la maladie, il existe une forte interdépendance entre les capacités de compréhension et d'intervention des praticiens sur l'état de santé de leurs patients et les représentations et comportements de ces patients eux-mêmes (Moatti, 1999).

Le cadre théorique des représentations sociales occupe, dans cette perspective, une place de choix. En effet, celui-ci fournit un modèle pour penser les régulations opérées par les insertions spécifiques des individus dans un ensemble de rapports symboliques et sociaux (Doise, 1992) et mettre à jour les systèmes de régulations symboliques liés à un objet (Jodelet, 1989). En ce sens, l'étude des représentations sociales de la chimiothérapie pose une perspective psychosociale d'analyse de la construction de cet objet, à travers le rapport entre situations sociales et modalités de pensée (Moscovici, 1961). Les représentations sociales sont reliées à des systèmes de pensée plus larges (idéologiques ou culturels), à un état des connaissances scientifiques, comme à la condition sociale et à la sphère de l'expérience privée et affective des individus (Jodelet, 1989). Du fait de cette inscription dans un système plus général de signification et de compréhension de

l'environnement social, les représentations sociales jouent un rôle important dans les interactions sociales (Moliner, 1999) et dans la communication entre les individus (Moscovici, 1992).

L'étude des représentations sociales de la chimiothérapie va donc nous permettre, non seulement d'identifier les processus médiateurs qui régulent le rapport que les individus entretiennent avec cet objet, mais également, d'appréhender leurs dynamiques à l'interface de l'individuel et du collectif.

## 2. Objectifs de la recherche

Au regard de ce que nous venons de présenter, les objectifs de cette recherche étaient multiples. Il s'agissait d'appréhender les univers représentationnels (signification et image) de la chimiothérapie, d'étudier leurs régulations en fonction du statut des individus (patients cancéreux traités par chimiothérapie *versus* médecins oncologues) et d'explorer les perceptions attribuées aux effets secondaires du traitement par chimiothérapie. Enfin, il s'agissait de proposer des pistes de réflexion sur les enjeux communicationnels et identitaires qui s'opèrent dans la réalité sociale complexe que représente l'interaction médecins-patients dans le cadre particulier d'une prise en charge par chimiothérapie.

## 3. Méthodologie

Les résultats suivants sont issus d'une recherche exploratoire effectuée dans le cadre du service d'oncologie médicale du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) de la Timone à Marseille (France)<sup>8</sup>. Celle-ci a été conduite, par questionnaire auto-administré, auprès d'un échantillon de 61 personnes, comprenant 40 patients en cure de chimiothérapie dans le service d'oncologie médicale et 21 médecins oncologues exerçant dans ce même service.

Le questionnaire proposé aux patients et médecins de ce service comportait quatre parties distinctes : un recueil d'associations libres à partir du terme « chimiothérapie », un recueil d'attitudes vis-à-vis de la chimiothérapie, une question ouverte sur les effets secondaires

---

<sup>8</sup> Nous tenons à remercier les patients et les médecins du service d'oncologie médicale du CHU Timone à Marseille qui ont accepté de participer à cette recherche.

associés à la chimiothérapie<sup>9</sup> et un recueil d'informations complémentaires (sexe, âge). Les questions relatives aux attitudes vis-à-vis de la chimiothérapie sont issues d'une pré-enquête par entretiens non-directifs<sup>10</sup> réalisés auprès de 15 patients et 10 médecins. Pour chacune des attitudes (10 au total), la personne interrogée devait indiquer sur une échelle en quatre points son degré d'accord avec la proposition, les modalités de réponses allant de « *pas du tout d'accord* » à « *tout à fait d'accord* ». La passation du questionnaire avait lieu dans la chambre d'hôpital pour le malade et les unités respectives d'exercice pour chaque médecin oncologue.

Les données issues des associations libres ont fait l'objet d'un traitement par le logiciel d'analyse de données textuelles Alceste®. L'hypothèse générale développée dans ce logiciel consiste à considérer les lois de distribution du vocabulaire dans les énoncés d'un corpus comme une trace linguistique d'un travail cognitif de reconstruction d'un objet par un individu (Reinert 1999, Reinert 1990). Cette méthode met à jour les traces lexicales les plus prégnantes dans le corpus<sup>11</sup> : les mondes lexicaux. Ces derniers, reconstitués sous forme de classes de discours, vont pouvoir être regroupés sous forme de thèmes (Kalampalikis, 2003). Le coefficient d'association d'un énoncé à une classe et calculé à partir d'un  $\chi^2$  d'association, à un degré de liberté, calculé sur un tableau de contingence croisant la présence ou l'absence du mot dans une Unité de Contexte Élémentaire (UCE)<sup>12</sup> et l'appartenance ou non de cette UCE à la classe considérée. Un  $\chi^2$  d'association est également calculé pour rendre compte du lien des variables (dans le cas présent le statut : médecin *versus* patient) avec ces classes.

Les données concernant les attitudes exprimées vis-à-vis de la chimiothérapie ont été traitées

avec le logiciel d'analyse statistique SPSS® (SPSS, 1999).

## 4. Résultats

Dans un premier temps, nous présenterons les résultats de la tâche d'associations libres, qui nous permettront d'explorer le champ de la représentation et son organisation. Dans un deuxième temps, nous présenterons les données concernant les attitudes exprimées vis-à-vis de la chimiothérapie.

### 4.1 Le champ de la représentation de la chimiothérapie

Le terme *cancer* est le plus fréquemment cité dans chacune des deux sous-populations (tableau 1). Le terme *guérison*, quant à lui, très saillant chez les patients est absent des évocations des médecins. Il semble remplacé par le terme *traitement* chez les médecins (13/21). La dimension « nuisible » du traitement chimiothérapique est abordée différemment selon le statut, les patients le qualifient de *chimique*, les médecins ont recours préférentiellement au terme de *toxique*. Cette différence sémantique se pose comme un espace de négociation de la "dangerosité" du traitement. Pour les médecins, on peut noter la présence du terme *perfusion* qui renvoie davantage à leur pratique.

Cette première analyse permet de souligner le lien privilégié entre cancer et chimiothérapie, et de mettre en évidence les points de différenciation entre patients et médecins. Moyen de guérir le cancer, pour les patients, elle n'est qu'un moyen de le traiter pour les médecins.

---

<sup>9</sup> Chaque personne interrogée (patients et médecins) devaient indiquer quels étaient, pour elle, les effets secondaires de la chimiothérapie (recueil limité à cinq effets).

<sup>10</sup> La consigne inaugurale visait à cerner les thématiques abordées spontanément par les individus.

<sup>11</sup> Le corpus est constitué par l'ensemble des associations produites.

<sup>12</sup> Les UCE sont les partitions opérées par le logiciel sur le corpus.

**Tableau 1.** Les mots les plus fréquemment associés à « Chimiothérapie »

Fréquences des termes évoqués			
		-  +	
PATIENTS	Fatigue (6)		
	Thérapie (6)		
	Espoir (4)	Maladie (12)	<b>Cancer (19)</b>
	Perte-cheveux (4)	Chimique (10)	<b>Guérison (18)</b>
	Souffrance (4)	Traitement (9)	
MÉDECINS	Anticancéreux (3)		<b>Cancer</b>
	Nausée (3)	Perfusion (6)	<b>(16)</b>
	Curatif (2)	Toxique (5)	
	Médicament (2)	Alopécie (4)	<b>Traitement</b>
	Radiothérapie (2)	Effets-secondaires (4)	<b>(13)</b>

L'analyse du corpus d'associations libres à l'aide du logiciel Alceste© a permis de mettre en évidence 7 univers différents de reconstruction de l'objet chimiothérapie (tableau 2). Le profil de chaque classe est déterminé par l'ensemble des termes et variable (ici le statut : médecins et patients) les plus significativement présents dans ces classes. Pour les patients, l'objet « chimiothérapie » est reconstruit à travers quatre dimensions. La première dimension concerne les effets secondaires (classe 1), qui regroupent à la fois la *perte de cheveux* et le « ressenti physique » face à la cure (*appétit, fatigue*). La deuxième dimension est davantage « existentielle » (classe 4) avec des termes comme *mort* et *souffrance* qui côtoient *l'espoir*. Les deux autres dimensions concernent à la fois l'aspect médicalisé de la chimiothérapie (classe 5) avec des termes tels que *protocole* et *thérapie* qui inscrivent la chimiothérapie dans un cadre d'exercice défini, et les conséquences positives attendues vis-à-vis du traitement (classe 6), avec des termes comme *guérison* et *soins*.

Pour les médecins, la chimiothérapie est reconstruite à travers trois dimensions. Dans une première dimension, on retrouve des termes comme *effets secondaires*, *contraintes* et *décès* qui marquent le contexte de réalisation de la cure de chimiothérapie avec ses conséquences et ses incertitudes. Une autre dimension concerne les effets secondaires (classe 3) avec des termes tels que *alopécie* et *nausées*. Enfin, la troisième dimension renvoie davantage à la pratique médicale, avec des termes qui expriment à la fois les propriétés de la chimiothérapie (*toxique, médicament, curatif, palliatif*) et son mode d'administration (*perfusion*) (classe 7).

Cette analyse met en évidence le fait que les patients ont une représentation de la chimiothérapie marquée par une dimension émotionnelle, qui se situe dans « l'éprouvé » ; trois classes de discours sur quatre vont dans ce sens et une classe de discours évoque la thérapeutique avec un discours « pseudo-médical ». Les médecins, quant à eux, privilégient un discours centré sur la pratique médicale. Lorsque l'un parle du vécu de la maladie (le patient), l'autre se focalise davantage sur la pathologie (le médecin).

## 4.2 Attitudes vis-à-vis de la chimiothérapie

Certaines attitudes (tableau 3) font l'objet d'une adhésion commune pour les patients (P) et les médecins (M), c'est le cas pour l'aspect toxique de la chimiothérapie (P = 70 % ; M = 71,5 %), le fait qu'elle réponde à un protocole particulier (P = 92,5 % ; M = 90,0 %), qu'elle doit être prise au sérieux (P = 92,5 % ; M = 90,0 %), qu'elle est associée à de nombreux examens (P = 100 % ; M = 100 %) ou encore que les effets secondaires sont désagréables (P = 75,0 % ; M = 81,0 %). L'association des effets de la chimiothérapie n'est pas, pour les patients et les médecins, associée à la seule hospitalisation (P = 25,0 % ; M = 9,5 %).

**Tableau 2.** Classes issues de l'analyse Alceste©, traits lexicaux typiques par classe et variable associée

Classe	% uce*	Variable associée	Traits lexicaux typiques par classe**
1	14,29 %	Patient $\chi^2 = 10,37$	Perte, cheveux, appétit, hôpital, fatigue, moral, ennui, nausée, important, protocole.
2	14,29 %	Médecin $\chi^2 = 5,83$	Effets, secondaires, contraintes, décès, important, radiothérapie, espoir, traitement.
3	12,50 %	Médecin $\chi^2 = 17,42$	Alopécie, nausée, long, traitement, angoisse, perfusion.
4	12,50 %	Patient $\chi^2 = 8,89$	Souffrance, espoir, mort, soins, fatigue, guérison.
5	10,71 %	Patient $\chi^2 = 7,47$	Thérapie, tumeur, protocole, chimique.
6	19,64 %	Patient $\chi^2 = 15,21$	Guérison, soins, chimique, maladie, moral, douleur, ennui, progrès, angoisse, soigner, traitement.
7	16,07 %	Médecin $\chi^2 = 38,60$	Toxique, perfusion, curatif, médicament, palliatif, anti-cancéreux, cancer, traitement, douleur, progrès, tumeur, radiothérapie.

\* Les UCE (Unités de Contexte Élémentaires) sont les partitions du corpus.  
 \*\* Pour chaque classe, les traits lexicaux sont notés par ordre décroissant de la valeur de leur  $\chi^2$  d'association.

Trois attitudes font l'objet d'une différence significative entre patients et médecins. Les patients sont plus nombreux à estimer que la chimiothérapie sert à guérir le cancer (87,5 % des patients contre 66,5 % des médecins ;  $p = .028$ ). Ils sont également plus nombreux à estimer que les résultats (bon ou mauvais) sont expliqués (80 % *versus* 47,5 % ;  $p = .017$ ). Enfin ces derniers estiment davantage que les médecins, que lors d'une cure de chimiothérapie on puisse préférer être seul (45 % *versus* 9,5 % ;  $p = .036$ ), les patients sont également plus nombreux à estimer que la chimiothérapie est synonyme de solitude (37,5 % contre 19 % pour les médecins) mais cette différence n'est pas significative.

Ces résultats illustrent la place particulière qu'occupent les attentes, le vécu et l'information dans la distinction des patients et des médecins. Les caractéristiques « endogènes » de la chimiothérapie (toxicité, stratégie thérapeutique, effets secondaires) ne produisent pas, contrairement à ce qui a été observé avec les associations libres, de différence entre médecins et patients.

#### 4.3 Les effets secondaires

Les effets secondaires liés à la chimiothérapie sont appréhendés de manière différenciée en fonction du statut du répondant. Pour les patients, la fatigue, les nausées et la constipation sont citées préférentiellement comme effets secondaires de la chimiothérapie, c'est-à-dire des symptômes « non visibles ». Pour les médecins, les effets secondaires cités de manière privilégiée renvoient au « visible » comme l'alopécie, les vomissements ou les mucites. Si l'asthénie<sup>13</sup> est citée par les médecins, elle n'occupe qu'une place relative dans les effets cités et constitue un effet relativement globalisant (vécu physique et psychique).

Cette distinction entre « visible » et « non-visible », entre « perception » et « observation » des effets, contribue à rendre compte d'expériences différenciées face au traitement par chimiothérapie. Ce dernier perturbe pour les patients « l'intégrité corporelle » car il est vécu de « l'intérieur » ; contrairement aux médecins pour lesquels le traitement n'est qu'objet de « pratiques » sur l'autre.

<sup>13</sup> Asthénie : elle se manifeste par un manque de force, un état de dépression, de faiblesse.

**Tableau 3.** Attitudes liées à la chimiothérapie.  
Les pourcentages correspondent aux réponses « *d'accord* » et « *tout à fait d'accord* »

Attitudes	Patients	Médecins
	(n = 40)	(n = 21)
La chimiothérapie sert à guérir le cancer	87,5 %	66,5 %*
La chimiothérapie est un mélange de produits toxiques	70 %	71,5 %
La chimiothérapie c'est la mise en œuvre d'un protocole particulier	92,5 %	90 %
La chimiothérapie est un traitement qui doit être pris au sérieux	100 %	100 %
La chimiothérapie est souvent associée à de nombreux examens	75 %	81 %
Les résultats de la chimiothérapie sont toujours expliqués	80 %	47,5 %*
La chimiothérapie est synonyme de solitude	37,5 %	19 %
Les effets secondaires de la chimiothérapie sont désagréables	72,5 %	86 %
Les effets de la chimiothérapie ne durent que le temps de l'hospitalisation	25,0 %	9,5 %
On préfère être seul lorsque l'on suit une cure de chimiothérapie	45 %	9,5 %*

\* Différences significatives à  $p < .05$  au test du  $\chi^2$

L'analyse interprétative de l'ensemble de ces résultats met à jour des constructions sociocognitives qui se différencient autour de deux points nodaux : la chimiothérapie comme **MOYEN** de guérir la maladie ou bien de la traiter, et, la chimiothérapie comme **VECU** émotionnel ou professionnel (figure 1).

Ces constructions polarisées (cf. Morin, 1994) sont déterminées, dans leur orientation, par le statut des individus (patients *versus* médecins). Celui-ci est déterminant dans la construction de sens qui s'opère vis-à-vis de la chimiothérapie.

## 5. Discussion

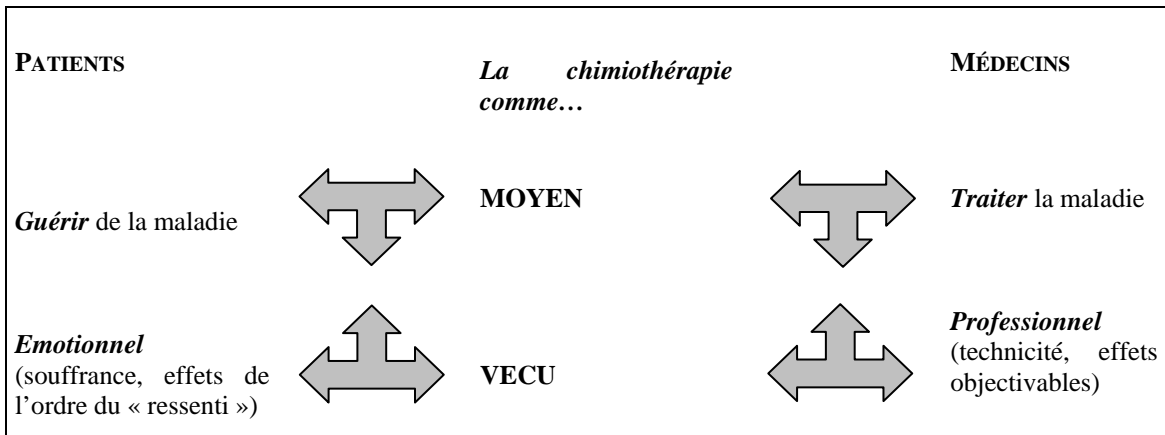
Quelles que soient les méthodologies d'analyse retenues, on peut constater que les variations observées ont valeur d'instance d'organisation (Moliner, Rateau et Cohen-Scali, 2002) de la représentation de la chimiothérapie chez les patients et les médecins que nous avons interrogés.

Comme le souligne Philippe Bataille (2003), l'interrogation majeure des malades du cancer est leur survie face à la maladie. Les enjeux autour de la guérison sont révélateurs, pour les patients, de leur volonté se battre contre la maladie (Byrne et al. 2002). Volonté qui s'ancre dans le cas présent, sur l'efficacité « perçue » et/ou « souhaitée » du traitement par

chimiothérapie. Toutefois ce résultat peut aussi trouver sens dans une surestimation des bénéfices attribués au traitement de la part des patients (Charavel et al. 2002 ; Quirt, Mackillop, Ginsburg, Sheldon, Brundage, Dixon et Ginsburg, 1997), surestimation que les médecins ont des difficultés à identifier (Quirt et al. 1997).

Pour le savoir médical, la guérison représente une zone d'ombre et d'incertitude, impliquant que la pratique médicale se focalise davantage sur les traitements, les cures et les remèdes (Imbault-Huard, 1999). Cette focalisation sur la chimiothérapie comme « moyen de traiter » pose un rapport de probabilité, d'incertitude face à l'objet. Cette appréhension peut aussi trouver sens dans une forme de défaitisme face aux thérapies (Blanchard, Ruckdeschel, Cohen, Shaw, McSharry et Horton, 1981). La reconstruction de sens qui s'opère autour de la notion de « traitement » permet aux médecins de préserver la part d'incertitude qui accompagne la pratique médicale, mais rend compte également de la rationalisation de cette pratique par le biais de modèles de comportements fondés sur un certain nombre de valeurs (Parsons, 1975). Parmi celles-ci, la neutralité affective, qui permet la régulation de l'investissement émotionnel, est un élément-clé de la pratique professionnelle médicale (Freidson, 1984) et demeure dominante dans l'idéologie et la formation médicale actuelle

Figure 1. Schématisation des dimensions représentationnelles



(Morin, Obadia et Moatti, 1997 ; Pellegrino, 1985). Dans cette mise à distance du soignant, accompagnée par la mise en œuvre d'une attitude technique de soin, se joue également la défense de l'implication subjective qui accompagne la relation soignant-soigné (Morasz, 2002).

Les catégories génériques produites par les patients et les médecins, vis-à-vis des effets secondaires, confirment cette analyse en opposant caractéristiques endogènes et exogènes des signes perçus. L'appréhension de la chimiothérapie prend sens dans cette confrontation de rôle et de statut des patients et médecins, entre expectation et incertitude, entre nécessité d'espérer et nécessaire distanciation.

À la lecture de ces résultats, il convient également de s'interroger sur la place de l'information dans la relation médecins-patients. L'asymétrie en terme d'informations entre patients et médecins, au bénéfice de ces derniers, a souvent été souligné (Bataille, 2003 ; Gafni, Charles et Whelan, 1998). Au regard de nos résultats, cette sous-information (ou du moins sa perception) trouve écho chez les médecins de notre échantillon. Doit-on y voir le reflet d'une réalité (objectivée par les médecins) ou le signe d'un questionnement face au niveau d'appropriation de l'information par les patients ?

On sait, par ailleurs, qu'il existe une différence entre l'information reçue par les patients et les représentations que ces derniers vont construire au regard de la réalité de la maladie, des traitements et de leurs propres situations (Charavel et al. 2002). Si la recherche d'une meilleure communication (le « *comment communiquer* ») entre médecins et patients, qui a fait l'objet de recherches et de propositions

(Saltel, 2002 ; Buchman, 1992) est, et doit rester un axe de réflexion important, il n'en demeure pas moins la question du « *quoi communiquer* » et surtout celle de l'appropriation de l'information par le patient.

Dans cette perspective, le rôle des représentations est prépondérant à travers notamment leur rôle de filtre cognitif et d'instance organisatrice de l'information. Elles donnent des points de référence au travers desquels une personne communique avec autrui en lui permettant de se situer et de situer son monde (Semin, 1989). Cet aspect nous semble des plus déterminant au regard de l'état actuel de la question sur la relation thérapeutique. La relation thérapeutique repose, dans le meilleur des cas, sur un engagement mutuel. Poser un regard psychosocial en terme de représentations sociales sur cet engagement permet d'en analyser les bases psycho-sociologiques, les modalités de mise en œuvre et les éventuels dysfonctionnements. Enfin, questionner « le traitement », sous cet angle, peut nous permettre d'éclairer les processus en œuvre dans les choix thérapeutiques des patients. Choix qui se décomposent en un ensemble d'enjeux transversaux : choix du type de traitement, adhésion thérapeutique et compliance.

Les représentations de la chimiothérapie s'apparentent ainsi à un espace de négociation marqué par la polysémie des constructions socio-cognitives et symboliques qui le caractérise. Cette diversité permet de révéler le positionnement des acteurs de la relation face à l'objet et les attentes normatives qui dessinent les contours de leurs statuts.



## Conclusion

Inscrit dans le modèle de la psychologie sociale de la santé (cf. Morin et Apostolidis, 2002), cette recherche souligne le caractère heuristique de la théorie des représentations sociales dans l'étude d'objets se situant au cœur de l'interaction médecins-patients. Dans cette perspective, la contextualisation du rapport médecin-patient est une nécessité pour éclairer les enjeux, les difficultés et les possibilités d'évolution des systèmes de prise en charge des malades (*ibid.*).

Ces résultats montrent que l'étude des représentations permet à la fois d'appréhender les dimensions psychosociales en jeu dans le rapport à l'objet « chimiothérapie », mais aussi de déterminer des axes de réflexion et d'interventions dans le cadre de l'interaction entre soignants et soignés dans une perspective d'alliance thérapeutique (Dany et Cannone, 2003).

L'alliance thérapeutique repose, dans l'idéal, sur une redéfinition de la relation thérapeutique « traditionnelle » et s'appuie en grande partie sur la modification du statut du patient. Ce dernier passe ainsi du statut de patient-objet à celui de patient-sujet. Il s'agit, autrement dit, de placer l'individu, et non la pathologie, au cœur de la relation. Cette modification du « regard » n'est pas sans conséquence pour les acteurs de cette relation. Elle doit permettre l'élaboration d'un lien, entre le médecin et le patient, qui vise et facilite un « travail commun » orienté vers un même but (qui n'est pas uniquement la guérison). Ce travail « en commun » a pour corollaire une meilleure adhésion thérapeutique du patient et un niveau de satisfaction plus élevé. Pour le médecin, il permet une meilleure anticipation des attentes et besoins du patient, et doit lui permettre de questionner ses modalités d'action et son degré d'implication dans la relation (recherche d'un compromis entre neutralité affective et identification).

Tout projet d'alliance thérapeutique révèle un certain nombre d'enjeux psychosociaux liés aux rôles et statuts de chacun des acteurs de la relation et nécessite de composer avec les représentations que ces derniers élaborent, tant sur maladie, que sur le soin.

## Références

ADAM, P., & HERZLICH, C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan.

AKRICH, M., & MEADEL, C. (2001). Prendre ses médicaments / prendre la parole : les usages de médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques. *Sciences Sociales et Santé*, 20 (1), 89-116.

BATAILLE, P. (2003). *Un cancer et la vie*. Paris : Balland.

BLANCHARD, C.-G., RUCKDESCHEL, J.-C., COHEN, R.-E., SHAW, E., McSHARRY, J., & HORTON, J. (1981). Attitudes towards cancer : the impact of a comprehensive oncology course on second year medical students. *Cancer*, 47, 2756-2762.

BOUTRY, L., MATHERON, I., & BIDAT, E. (2001). Quand les prescriptions ne sont pas suivies... penser aux croyances et représentations de santé. L'exemple du patient asthmatique. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, 41, 470-476.

BREMMES, R.-M., ANDERSEN, K., & WIST, E.-A. (1995). Cancer patients, doctors and nurses vary in their willingness to undertake cancer chemotherapy. *European Journal of Cancer*, 31 (12), 1955-1959.

BUCHMAN, R. (1992). *S'asseoir pour parler, l'art de communiquer une mauvaise nouvelle*. Paris : Inter Ecrit.

BYRNE, A., ELLERSHAW, J., HOLCOMBE, C., & SALMON, P. (2002). Patients' experience of cancer: evidence of the role of "fighting" in collusive clinical communication. *Patient Education and Counseling*, 48, 1-21.

CHARAVEL, M., BREMOND, A., & MIGNOTTE, H. (2002). Etude de la participation des patients au choix thérapeutique en oncologie. *Annales Médico-Psychologiques*, 160, 289-302.

DANY, L., & CANNONE, P. (2003). *L'étude des représentations de la chimiothérapie : une voie d'analyse des relations entre patients atteints de cancer et médecins oncologues*. 2<sup>ème</sup> Congrès de Psychologie de la Santé de Langue Française, Metz, France.

DOISE, W. (1992). L'ancrage dans l'étude sur les représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, XLV, 405, 189-195.

FORD, S., FALLOWFIELD, L., & LEWIS, S. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Social Science and Medicine*, 42 (11), 1511-1519.

- FREIDSON, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- GAFNI, A., CHARLES, C., & WHELAN, T. (1998). The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Social Science and Medecine*, 47 (3), 347-354.
- HERZLICH, C. (1969). *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton.
- HILL, C., DOYON, F., & SANCHO-GARNIER, H. (1997). *Epidémiologie des cancers*. Paris : Flammarion.
- IMBAULT-HUARD, M.J. (1999). La guérison : victoire et défaite du médecin. In D. KHAYAT & A. SPIRE (Eds), *Guérir*. Paris : Ellipses, 93-117.
- JODELET, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- KALAMPALIKIS, N. (2003). L'apport de la méthodologie Alceste dans l'analyse des représentations sociales. In J.C. ABRIC (Ed.), *Méthode d'études des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne : Eres, 147-164.
- QUIRT, C.F., MACKILLOP, W.J., GINSBURG, A.D., SHELDON, L., BRUNDAGE, M., DIXON, P., & GINSBURG, L.M. (1997). Do doctors know when their patient don't? A survey of doctor-patient communication in lung cancer. *Lung Cancer*, 18, 1-20.
- LITTLE, M., JORDENS, C.F.C., PAUL, K., MONTGOMERY, K., & PHILIPSON, B. (1998). Liminality: a major category of the experience of cancer illness. *Social Science and Medecine*, 47 (10), 1485-1494.
- MILLER, M., KEARNEY, N., & SMITH, K. (2000). Measurement of cancer attitudes: a review. *European Journal of Oncology Nursing*, 4 (4), 233-245.
- MOATTI, J.P. (1999). La guérison : victoire et défaite du médecin. In D. KHAYAT & A. SPIRE (Eds.). *Guérir*. Paris : Ellipses, 119-133.
- MOLINER, P., RATEAU, P., & COHEN-SCALI V. (2002). *Les représentations sociales : pratiques des études de terrain*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- MOLINER, P. (1999). *Images et représentations sociales*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- MORASZ, L. (2002). La souffrance dans la relation soignant-soigné. In G.N, FISCHER (Ed), *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod. 405-424.
- MORIN, M., & APOSTOLIDIS, T. (2002). Contexte social et santé. In G.N. FISCHER (Ed.), *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod. 463-490.
- MORIN, M., OBADIA, Y., & MOATTI, J.P. (1997). *La médecine générale face au sida*. Paris : INSERM.
- MORIN, M. (1994). Entre représentations et pratiques : le sida, la prévention et les jeunes. In J.C. ABRIC (Ed.), *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France, 109-144.
- MOSCOVICI, S. (1992). La nouvelle pensée magique. *Bulletin de Psychologie*, XLV, n° 405, 301-324.
- MOSCOVICI, S. (1961). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris : Presses Universitaires de France.
- MUZZIN, L.J., ANDERSON, N.J., FIGUEREDO, A.T., & GUDELIS, S.O. (1994). The experience of cancer. *Social Science and Medecine*, 38 (1), 1201-1208.
- PARSONS, T. (1975). The sick role and the role of physician reconsidered. *Milbank Mem Fund Q*, Summer, 257-278.
- PELLEGRINO, D. (1985). The virtuous physician and the ethics of medicine. In SCHELT (Ed.), *Virtue and medicine*. Boston : Kluwer Academic, 237-255.
- PEQUIGNOT, H. (1953). *Médecine et monde moderne*. Paris : Ed. de Minuit.
- PETRILLO, G. (2000). Influence sociale, communication persuasive et représentations sociales de la santé et de la maladie. In G. PETRILLO (Ed.), *Santé et société*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 221-240.
- PINELL, P. (1992). *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France*. Paris : Métailié.
- PURANDARE, L. (1997). Attitudes to cancer may create a barrier to communication between the patient and caregiver. *European Journal of Cancer*, 6 (2), 92-99.
- QUESNEL, M., GARNIER, C., & HALL, V. (2001). Contribution à la théorisation des

représentations sociales dans la compréhension du phénomène de prescription de médicaments psychotropes. In M. LEBRUN (Ed.), *Les représentations sociales : des méthodes de recherche aux problèmes de société*. Outremont : Logiques, 151-166.

REINERT, M. (1999). Quelques interrogations à propos de « l'objet » d'une analyse de discours de type statistique et de la réponse « Alceste ». *Langage et Société*, 90, 57-70.

REINERT, M. (1990). Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélie de Gérard de Nerval. *Bulletin de méthodologie sociologique*, 26, 24-54.

RIXE, O., KHAYAT, D., & FISCHER, G.N. (2002). Aspects biomédicaux et psychologiques des cancers et des traitements thérapeutiques. In G.N. FISCHER (Ed.), *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod. 211-226.

ROTTER, D.L., & HALL, J.A. (1992). *Doctors talking with patients, patients talking with doctors*. Westport C : Auburn House.

SALTEL, P. (2002). L'information de la famille d'un patient adulte atteint de cancer. *Bulletin du Cancer*, 88 (4), 399-405.

SEMIN, G.R. (1989). Prototypes et représentations sociales. In D. JODELET (Ed.),

*Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 259-271.

SLEVIN, M.L., STUBBS, L., PLANT, H.J., & al. (1990). Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses and general public. *British Medical Journal*, 300, 1458-1460.

SPSS Inc. (1999). *SPSS Base 9.0 Users Guide*. New jersey : Prentice Hall.

STRAUSS, A. (1992). *La trame de la négociation*. Paris : L'harmattan.

STEWART, M.A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medecine*, 19, 167-175.

TAKAYAMA, T., YAMAZAKI, Y., & KATSUMATA, N. (2001). Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Social Science and Medecine*, 53, 1335-1350.

TARQUINIO, C., FISCHER, G.N., & BARRACHO, C. (2002). Le patient face aux traitements : compliance et relation médecin-patient. In G.N. FISCHER (Ed.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris : Dunod, 227-243.