

I. Introduction générale

Comme l'exprime Nathalie qui a eu un cancer du sein, la maladie est vécue comme « un tsunami intérieur mais aussi comme une renaissance, un sens redonné à la vie, et enfin une chance ! Une chance de pouvoir transmettre, aider les autres et apporter un soutien » (Seintinelles).

Le diagnostic de cancer du sein peut être vécu comme un événement traumatique pour beaucoup de patientes. Une façon de surmonter ce traumatisme est d'en discuter ou d'aider d'autres personnes dans la même situation, de les soutenir dans ces moments difficiles.

De même, le cancer induit une détresse émotionnelle à long terme chez les patientes, même des années après la fin des traitements. L'estime de soi des sujets est également atteinte par le cancer. En effet, la vie change du tout au tout, les patientes se trouvent confrontées à des situations difficiles autant au niveau médical qu'au niveau personnel. Ainsi, les sujets sont à un tournant de leur vie, ce qui induit de l'anxiété, de la dépression, de la détresse émotionnelle et des reconsidérations existentielles qui peuvent influencer leur estime de soi.

Nous allons découvrir ensemble si les groupes de parole libres peuvent aider les patientes à trouver un lieu où déposer leur traumatisme et où soutenir les autres pour les aider à diminuer leur propre détresse émotionnelle et remonter leur estime de soi.

II. Partie théorique

1. Cancer du sein

1.1. Cancer du sein et détresse émotionnelle

Il a été démontré de nombreuses fois que les patientes qui ont un cancer du sein ont une prévalence d'anxiété et de dépression élevée dans l'année qui suit le diagnostic (Björneklett, Rosenblad, Lindemalm, Ojutkangas, & al., 2013; Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy & Jutand, 2007). D'ailleurs, le niveau de dépression est plus élevé chez les patientes qui ont un cancer du sein comparé à une population de patients ayant eu un autre cancer (Brown, Levy, Rosenberg & Edgar, 2003, cités par Björneklett & al., 2013). D'après Enache (2011), la dépression chez les patientes qui ont eu une mastectomie s'explique sur trois niveaux. Premièrement, le changement du corps. En effet, comme le sein représente la féminité, les patientes se sentent privées d'un élément important qui les définit en tant que femme. Deuxièmement, l'isolation due aux traitements et à l'arrêt des activités professionnelles. Et troisièmement à la honte liée à la maladie. Ces symptômes peuvent durer encore des années après la maladie (Hodgkinson, Butow, Hunt, Pendlebury, & al., 2007, cités par Björneklett & al., 2013), c'est pourquoi Knobf (2007, cité par Björneklett & al., 2013) souligne l'importance du soutien pour les patientes, même des années encore après le diagnostic.

L'anxiété, augmente, elle aussi, dans les temps qui suivent les traitements, en particulier dans les temps qui suivent la chirurgie (Härtl, Schennach, Müllen, Engel, & al., 2010). Ainsi, comme l'explique Anderson (1993 & 1994, cité par Amir & Ramati, 2002), même si les patientes n'ont eu aucun symptôme depuis trois ans, il reste des signes de détresse psychologique chez elles. D'après lui, plus le traitement du cancer est long, plus il est associé à des séquelles psychologiques.

1.2. Cancer du sein et estime de soi

D'après Cuzacq (2010), l'estime de soi est un ensemble de trois éléments : la valeur absolue (est-ce que j'aime la personne que je suis ?), la valeur relative (suis-je compétent dans certains domaines ?) et la valeur potentielle (puis-je progresser ?) Pour Cuzacq, il est impossible de définir la source exacte d'une faible ou d'une haute estime de soi. Néanmoins, elle précise que des difficultés importantes ont souvent comme source une incertitude au niveau de la valeur absolue. L'auteure explique également que l'estime de soi est fondamentalement liée à la reconnaissance sociale. Sans les autres,

pas d'estime de soi. En effet, dit-elle, le jugement des autres est nécessaire pour se juger soi-même.

Cuzacq (2010) lie estime de soi et résilience. L'auteure affirme que quelqu'un qui a une bonne estime de soi rebondira mieux et plus vite suite à des situations difficiles. En effet, un sujet qui a une bonne estime de soi se remettra plus vite d'expériences traumatisantes car il sera plus enclin à se voir comme un individu capable de surmonter la situation. Ainsi, dans le cadre de la maladie, l'estime de soi est considérée comme un tampon contre le stress qui en découle et contre ses autres conséquences néfastes (Schroevers, Ranchor & Sanderman, 2003).

Pour Enache (2011) la privation d'une partie de l'identité féminine de la patiente, lié à l'opération de son sein et de la perte de cheveux, ainsi que l'isolement social et l'incapacité à travailler induits par les traitements conduisent à une diminution de son estime de soi. Il ajoute que l'anxiété, qui est très présente chez ces patientes, est accompagnée d'incertitude et d'une impression d'infirmité qui mène à une diminution de l'estime de soi. D'après Cuzacq (2010) l'apparence physique est une composante essentielle de l'estime de soi, même si ce n'est pas l'apparence en tant que tel qui joue mais l'image que nous renvoient les autres. Elle souligne également la difficulté à laisser son apparence de côté car c'est une qualité intrinsèque et omniprésente chez chaque être humain.

Pour finir, soulignons que Schroevers, Ranchor et Sanderman, (2003) n'ont pas noté de différence significative au niveau de l'estime de soi entre des patients cancéreux et une population tout-venant.

2. Soutien à autrui

2.1. Généralités

Définitions

Le soutien est généralement défini selon trois aspects : (i) le type de soutien qui peut être émotionnel, instrumental ou informationnel ; (ii) la perception de la disponibilité du soutien, l'attente de l'individu face à lui et le soutien réellement reçu ; (iii) la satisfaction par rapport au soutien et la quantité de soutien (Schroevers, Ranchor & Sanderman, 2003).

Le soutien émotionnel est défini comme « un message ou une action qui assure à

autrui qu'il compte, qu'il est aimé, estimé et qu'il a de la valeur » (Cobb, 1976, p. 14, cité par Yoo, Namkoong, Choi, Shah & al., 2014). Il peut également être défini comme « du confort et de la sécurité dans des temps de stress, qui permettent à l'autre de se sentir comme ayant de la valeur » (Cutrona & Russell, 1990, p. 14, cités par Yoo & al., 2014). Il y a quatre fonctions au soutien émotionnel : (i) elle facilite les réponses empathiques et sympathiques ainsi que la compréhension cognitive de la souffrance de l'autre (Cutrona & Suhr, 1994 ; Dakof & Taylor, 1990, cités par Yoo & al., 2014) ; (ii) il permet l'encouragement et la réassurance qui sont les ingrédients de l'espoir et de la confiance (Burleson, 1994 ; Rook & Underwood, 2000, cités par Yoo & al., 2014) ; (iii) il offre la bienveillance et l'affection physique (Albrecht & Aldelman, 1987 ; Cutrona & Russell, 1990 ; House, 1981, cités par Yoo & al., 2014) ; (iv) il reprend le besoin universel d'empathie, de créations de liens et de communication (Braithwaite, Waldron & Finn, 1999 ; Coursaris & Liu, 2009 ; Shaw & al., 2000 ; Yalom, 1970, cités par Yoo & al., 2014).

Dans le soutien, on retient aussi les comportements d'aide qui peuvent être définis comme « des actions qui bénéficient à une personne ou à un groupe entier » (Organ, Pedskoff & Mackenzie, 2006, p. 1011 ; Sparrowe, Soetjito & Kraimer, 2006, cités par Kotlyar & Karakowsky, 2012). Ainsi que l'altruisme, qui est défini comme « un comportement d'aide qui inclut une action émise par une personne qui n'est pas dans l'attente d'une récompense quelconque » (Bierhoff, 1987, p. 25, cité par Phillips & Phillips, 2011).

Bénéfices

D'après Staub (2003 & 2005, cité par Vollhardt, 2009) les gens qui ont souffert deviennent particulièrement plus motivé à aider les autres, du fait même qu'ils ont souffert. Toujours d'après Staub (2005, cité par Vollhardt, 2009), la souffrance engendre des changements psychologiques chez l'individu, qui le poussent à se tourner vers des comportements de bienveillance envers les autres. D'ailleurs, certains auteurs ont mentionné l'altruisme comme résultant d'une maturation post-traumatique (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998, cités par Vollhardt, 2009). Ainsi, l'aide est vue comme une stratégie d'ajustement au traumatisme (Midlarsky, 1991, cité par Vollhardt, 2009), surtout chez les personnes qui vivent des périodes fortement stressantes. Midlarsky (1991, cité par Vollhardt, 2009) explique ceci en cinq points : (i) l'individu aide les autres pour se distraire de sa propre souffrance, tout en faisant des comparaisons descendantes ; (ii) l'humeur du sujet s'améliore au fur et à mesure qu'il aide les autres ;

(iii) aider les autres lui procure une impression de compétence et d'efficacité ; (iv) le sujet, en aidant les autres, s'intègre socialement ; (v) il donne également du sens à sa vie, sens qu'il a justement perdu suite au traumatisme. Comme la littérature reconnaît le cancer comme un traumatisme, on pourrait appliquer cette logique aux patientes qui ont eu un cancer du sein (Vollhardt, 2009).

Causes

D'après Batson et Oleson (1991, cités par Vollhardt, 2009) la source la plus effective du comportement d'aide est l'empathie. D'autres auteurs ajoutent que la perception de la similarité, c'est-à-dire l'identification, permet, elle aussi, la facilitation de l'altruisme (Dovidio, 1984 ; Eisenberg & Miller, 1987 ; Epley, Keysar, Van Boven & Gilovich, 2004, cités par Vollhardt, 2009). Néanmoins, les auteurs précisent que parfois, se retrouver face à des personnes qui vivent la souffrance que l'on a nous-mêmes vécu, peut réactiver la détresse passée.

Vollhardt (2009) propose un modèle qui explique pourquoi certaines personnes sont motivées à aider. D'après lui, il est important de distinguer la nature du traumatisme. En effet, les comportements d'aide sont influencés par plusieurs éléments : la souffrance est-elle individuelle ou collective ? Est-elle intentionnelle ou accidentelle ? Est-elle de source humaine ou liée à une catastrophe naturelle ? Le cancer engendre une souffrance dont la nature est individuelle et sans intention humaine. Ainsi, il va entraîner des comportements d'aide de type « *time point* », c'est-à-dire en conséquence de la maladie ou pendant la maladie. Toujours d'après Vollhardt (2009), le cancer va entraîner une concentration de l'aide apportée sur des individus qui ont vécus ou qui vivent la même souffrance. Il a d'ailleurs prouvé que plus la ressemblance entre le sujet et la personne qu'il aide est grande, plus on observera de comportements d'aide.

Notons que d'autres études ont soulignées l'importance de l'âge dans les comportements de soutien à autrui. En effet, Phillips et Phillips (2011) montrent que l'on trouve plus de volontaires et de bénévoles parmi les femmes âgées.

2.2. Soutien à autrui et détresse émotionnelle

D'après Koenig (2007, cité par Schwartz, Keyl, Marcum & Bode, 2008), les comportements altruistes diminuent le stress et améliorent la santé physique. En général, les sujets qui présentent ce type de comportement s'avèrent plus joyeux et en meilleure santé (Post, 2007, cité par Schwartz & al., 2008). Sprangers et Schwartz (1999, cités par

Schwartz, 2008) expliquent ces résultats en mettant en avant le changement de standards et de valeurs entraîné par l'altruisme. En effet, d'après ces auteurs, quand une personne aide son prochain, elle s'ouvre à d'autres idées ce qui lui permet de reconceptualiser sa vie, entraînant une amélioration de la qualité de vie. De plus, pour Schwartz et Sendor (1999, cités par Schwartz & al., 2008) ajouter qu'aider les autres est également lié à une plus grande impression d'efficacité personnelle.

La plupart des études sur le soutien donné aux autres (versus le soutien reçu) se font dans le cadre de forum sur internet. L'étude de Yoo et ses collaborateurs (2014) en est un bon exemple. Les auteurs affirment que donner du soutien émotionnel en ligne à d'autres patientes qui ont un cancer du sein permet de se sentir mieux. Néanmoins, cet effet n'est bénéfique que pour les patientes qui ont, à la base, un niveau de compétence en communication émotionnelle élevé. D'autres auteurs (Pingree, 2007 ; Han & al., 2011 ; Winefield, 2006, cités par Yoo & al., 2014) affirment que donner du soutien aux autres patientes qui ont un cancer du sein serait même plus bénéfique pour elles que d'en recevoir. En effet, aider les autres diminue les affects négatifs tels que la peur (Rachman, 1979, cité par Vollhardt, 2009), les troubles de stress post-traumatiques (Kishon-Barashal & al., 1999, cités par Vollhardt, 2009) et la dépression (Brown & al., 2008, cités par Vollhardt, 2009). Mckingley, Carlo, Crockett, Raffaelli, et leurs collègues (2010) ont aussi montré les effets thérapeutiques du soutien à autrui sur le bien-être psychologique du sujet.

2.3. Soutien à autrui et estime de soi

Dans la littérature, on trouve beaucoup d'étude sur l'estime de soi en lien avec le soutien reçu, et bien moins d'articles sur l'estime de soi et le soutien offert à autrui. L'élément principalement mis en avant dans ces articles est l'importance du soutien social dans l'estime de soi de l'individu. Ainsi, Rowland (1989) et Wills (1985, tous deux cités par Schroevers & al., 2003) affirment que le soutien social peut augmenter l'estime de soi d'une personne. Il y a également d'autres corrélations en lien avec ces variables comme le fait que les personnes qui ont une estime de soi élevée perçoivent mieux le soutien social (Winnubst, Buunk & Marcelissen, 1988, cités par Schroevers & al., 2003), ou qu'un taux bas de soutien social et d'estime de soi est lié à de la dépression (Schroevers & al., 2003).

Midlarsky (1991, cité par Vollhardt, 2009) affirme que l'altruisme renforce le sentiment de compétence et d'efficacité de l'individu, ce qui est en jeu dans l'estime de

soi. Ces propos sont corroborés par Schwartz et Sendor (1999, cité par Schwartz & al., 2009).

3. Don de soi

« Parler est souvent considéré comme un don » dit Blondiaux (2011, p.3).

3.1. Généralités

Définitions

« Un don par définition ne se monnaie pas » (p.170, 1992, Kaufmann, cité par Norbert, 2002). Pour Kaufmann, faire don de soi c'est se dévouer sans attendre quelque chose en retour, de manière altruiste. Pourtant, cet acte fondamentalement désintéressé peut apporter beaucoup au sujet.

Nous reprenons sous l'appellation *don de soi* plusieurs éléments tels que l'expression de soi, de son vécu, de son expérience ou encore l'investissement personnel.

Bénéfices

Se raconter, raconter son histoire, son vécu permet au sujet de témoigner de la sympathie pour lui-même. C'est ce que le modèle de Smith tente de mettre en avant (cité par Hochma, 2012). D'après cet auteur, quand un individu raconte son histoire à une autre personne, il sent la sympathie de la personne qui l'écoute envers lui, ce qui lui permet de témoigner de la compassion pour lui-même. Ainsi, le sentiment initial du sujet est réfléchi par celui qui l'écoute et a pour conséquence de s'atténuer et de devenir plus objectif. Prenons l'exemple d'un malade qui raconterait son traumatisme lié à ses traitements, en racontant son histoire à un interlocuteur sympathisant, il exprimera sa douleur en la rapprochant de ce qu'il pense que l'interlocuteur va penser, par sympathie. Il va donc se mettre à l'unisson de l'autre pour harmoniser son vécu à ce que l'autre peut ressentir. Le sujet se met donc à la place de l'interlocuteur, ce qui lui permet de modérer sa douleur. Ainsi, en devenant lui-même spectateur de sa douleur, un changement se produit, qui tempère les affects violents. C'est que Smith appelle la « convenance » : le point de vue de l'interlocuteur apparaît immédiatement à notre esprit quand on lui raconte notre histoire. Pingree (2007, cité par Yoo & al., 2014) corroborent ce modèle, dans le cadre de soutien émotionnel donné en ligne sur des forums pour femmes ayant un cancer du sein montre que l'acte d'exprimer peut changer celui qui envoie le message.

3.2. Don de soi et détresse émotionnelle

L'explication de cet effet se trouve justement dans l'extériorisation de charges mentales qui, si elles ne sont pas rejetées à l'extérieur (par l'action, l'expression orale ou écrite) reste angoissant et encombrant pour le sujet (Neri, 2011). Pour Neri (2011), raconter permet aux faits de s'animer et de prendre place dans une trame vivante. Ainsi, le narrateur peut jouer avec son histoire, comme un enfant joue avec ses soldats de plomb. Perretti et ses collaborateurs (2012) ajoutent que la narration de soi permet la transformation identitaire et le réancrage du sujet dans le tissu social grâce à une prise de conscience des déterminants sociaux et psychologiques de l'histoire qu'il raconte et de son identité actuelle. La narration permet la décharge des affects et leur élaboration secondaire (en mots) ce qui permet de contrôler mentalement l'excitation, l'affect traumatique. La narration a donc une fonction métabolisante, contenante et de pare-excitation. Ainsi, toujours d'après Perretti et ses collaborateurs (2012), se dire, se raconter permet de donner du sens à son vécu car, pour se raconter, on doit sélectionner les données significatives. De plus, Gaulejac (2007 ; 2009, cité par Perretti & al., 2012) souligne que la narration de soi permet à l'individu de reprendre une place d'acteur là où il n'était que victime, de par sa position d'auteur, d'observateur, de narrateur.

Le don de soi comme récit de soi est connu pour sa valeur cathartique (1895, Breuer, cité par Tisseron, 1996). En effet, parler de soi-même, se raconter a des effets positifs sur la santé physique et mentale du sujet, surtout sur la dépression, comme le montre Sierpina (2006), dans des groupes pour personnes âgées.

3.3. Don de soi et estime de soi

Dans son étude sur le partage d'expérience chez les personnes âgées, Sierpina (2006) met également en évidence les bienfaits du partage d'expérience sur l'estime de soi. En effet, partager son expérience avec autrui permet au sujet de s'enrichir personnellement et d'améliorer ses capacités relationnelles.

D'après Menzies (2001), partager son expérience, parler de soi en groupe permet de mieux se connaître soi-même et, ainsi, d'augmenter son estime de soi. En effet, d'après elle, par la parole, le sujet amène à sa conscience des pensées et sentiments qui resteraient, sinon, au niveau inconscient. De plus, d'après Corbella (2004), si le traumatisme n'est pas en mesure d'être élaboré, de se transformer en histoire, il reste néanmoins dans la mémoire directe du sujet, ce qui a un impact sur son estime de soi.

D'après lui, exprimer son traumatisme, le mettre en mots, le narrer, permet au sujet de l'élaborer ce qui a des effets positifs sur son estime de soi.

4. Interventions de groupe

4.1. Généralités

Généralement on considère dans la littérature que le groupe de parole à trois grandes fonctions : la fonction communautaire, la fonction expressive et la fonction informative.

Nous tenons tout d'abord à expliciter en quelques mots ces trois fonctions principales car elles sont intrinsèquement liées au soutien à autrui et au don de soi dans le groupe. Premièrement, la fonction *communautaire* des groupes de parole est représentée par le sentiment d'acceptation inconditionnel du sujet dans le groupe (Ussher, Kirsten, Butow & Sandoval, 2006). Ce sentiment est lié à la création d'un espace où le sujet peut s'exprimer sans honte, sans culpabilité, ainsi que par la création d'une identité narcissique commune qui permet le développement de la confiance en soi de chacun (Missenart, Hery & Kaes, 2003, cités par Body Lowson, Imbault, Dacqui & Sibertin-Blanc, 2012). Ainsi, le sujet se sentira moins isolé, moins anormal, par identification à d'autres personnes qui ont vécu des situations similaires. Comme le souligne Jeammet (1984, cité par Body Lowson & al., 2012), cette fonction communautaire contient une fonction anti-dépressive pour les participants.

Deuxièmement, la fonction *expressive* est intimement liée à ce que nous appelons le don de soi dans notre travail. En effet, le groupe permet de développer la confiance en soi des participants grâce à la création d'un espace d'expression de soi. C'est la création d'un espace libre où chacun peut se débarrasser de ses angoisses qui permet ce type d'amélioration (Ussher & al., 2006).

Troisièmement, la fonction *informative*, qui a également toute son importance. L'information apportée par le groupe permet au sujet la création de nouvelles stratégies d'adaptation (Calsson & Starnig, 1998b, cité par Ussher & al., 2006) afin de mieux vivre sa situation.

4.2. Efficacité des interventions de groupe

De nombreuses études ont démontré l'efficacité des interventions de groupe pour patients atteint d'un cancer (Meyer & al., 1995 ; Edelman & al., 2000 ; Barsevick & al.,

2002 ; Sheard & al., 1999, Graves & al., 2003, cités par Garsen & Vos, Klerk & Visser, 2011). Elles démontrent en général une amélioration au niveau de l'anxiété, de la dépression, de la peur, de l'estime de soi, du sentiment de contrôle, des symptômes physiques, etc.

Spiegel en particulier a travaillé sur ces aspects des interventions de groupe. Dans une de ses études (Spiegel, Bloom & Yalom, 1981) il met en avant une diminution de la détresse émotionnelle. Dans une autre étude (Spiegel, Bloom, Kraemer & Gottheil, 1989) il montre une diminution des troubles de l'humeur et une augmentation de la durée de vie, comparé à des patients du groupe contrôle. Néanmoins, les résultats sur la durée de vie ont été contesté quelques années plus tard (Goodwin, Leszcz & al., 2001, cités par Razavi & Delvaux, 2008) même si les résultats sur la diminution des troubles de l'humeur ont été confirmés. Cette diminution est liée à la création d'un espace où le sujet peut partager son expérience personnelle, sortir de l'isolation sociale dans laquelle la maladie le plonge, laisser libre cours à ses émotions, en lui laissant la possibilité de relativiser son sentiment de honte (Kaufman & al., 1987, cité par Razavi & Delvaux, 1998). Razavi et Delvaux (1998) ajoutent que le sentiment d'appartenance qui naît dans les groupes permet aux participants de se créer une nouvelle identité et d'apprendre de nouvelles stratégies d'adaptation, ce qu'ils ont moins la possibilité de faire dans des entretiens individuels.

De plus, les groupes de soutien pour femme qui ont un cancer du sein leur permettent d'augmenter leurs fonctions cognitives, d'améliorer leur image du corps, d'entrevoir des perspectives futures dans leur vie et de diminuer leur fatigue, comparé aux groupes contrôles (Björneklette & al., 2013).

4.2.1. Processus de soutien à autrui au sein du groupe

D'après Beetlestone, Loubière et Caria (2011), les membres de groupe de parole en psychiatrie rapportent des bienfaits personnels, lié à leur rôle de pair-aidant. C'est-à-dire à leur rôle d'aidant des autres membres du groupe. Dans leur étude, les pairs-aidant ont souffert ou souffrent encore des mêmes troubles psychiatriques que les gens qu'ils aident. Ils travaillent bénévolement dans un groupe d'entraide, en partageant leur expérience avec les autres et en les soutenant. L'étude de Beetlestone, Loubière et Caria (2011) montre que les sujets y gagnent la même satisfaction que s'ils avaient un travail traditionnel, ce qui les aide à progresser vers le but qu'ils se sont fixé et à se sentir mieux. Les auteurs expliquent que les sujets se sentent revalorisés en soutenant les autres

participants et en leur apportant leur expérience personnelle. Néanmoins, ils précisent que c'est fortement lié à la formation à l'écoute que les sujets ont reçue, avant de commencer à être pair-aidant dans les groupes. Ainsi, pour ces auteurs, le soutien à autrui, au travers du partage d'expérience, fait partie du processus de rétablissement des sujets et engendre des effets positifs sur sa personne, comme une meilleure qualité de vie.

Le soutien à autrui permet, d'après Midlarsky (1991), d'augmenter le sentiment de compétence et d'efficacité de l'individu. Ces deux éléments sont repris par Cuzacq (2010) pour définir l'estime de soi, ce qui laisse penser que le soutien à autrui peut aider à améliorer l'estime de soi du sujet. D'ailleurs, Jauffret-Roustide (2010), qui a étudié le principe de l'aidant, explique qu'aider les autres permet à chacun de trouver sa place et de se renarcissiser à travers son nouveau rôle d'aidant. De plus, d'après Schroevers, Ranchor et Sanderman (2003), une bonne estime de soi peut protéger l'individu de symptômes dépressifs. D'ailleurs plusieurs auteurs soulignent que donner du soutien a plus d'effet sur le bien-être que d'en recevoir (Pingree, 2007; Han et al., 2011; Winefield, 2006 cités par Yoo & al., 2014). Les auteurs ajoutent que soutenir autrui améliore l'estime de soi des sujets.

4.2.1.1. Mesure du soutien à autrui

Nous n'avons pas trouvé d'outils de mesure du soutien à autrui dans la littérature. C'est pourquoi nous nous sommes tournés vers la grille de Bales (1950, cité par Sorsana, 2001). C'est une grille d'observation des interactions sociales en groupe, plus spécifiquement dans le cadre de résolutions de tâches. Douze comportements sont observés : la solidarité, la détente, l'accord, le don de suggestions, le don d'opinions, le don d'orientations, la demande d'orientation, la demande d'opinion, la demande de suggestion, le désaccord, la tension et l'antagonisme.

4.2.2. Processus de don de soi au sein du groupe

Fonctionnement

Le groupe, comme l'explique Anzieu (1999 – 3e édition), c'est la mise en commun, le partage. Anzieu affirme que les membres du groupe mettent en commun « ces questions qu'on n'aborde jamais, qu'on garde pour soi seul » (p. 30) Dans l'exemple qu'il analyse, les ménagères partagent leurs expériences en rapport avec leurs problèmes quotidiens et, ainsi, sans que rien d'officiel ne se soit dit, elles arrivent à passer outre, ensemble. De plus, Anzieu considère qu'une réunion n'atteint son but que

si, d'une part, certain s'expriment sur ce qui leur tient à cœur, et d'autre part, si les autres membres entrent en consonance avec ce vécu.

D'après Perrotti (1983, cité par Neri, 2011), le groupe pourrait créer un espace où chacun dépose non seulement ses sentiments, ses émotions, ses affects, mais également des parties de soi que l'on veut écarter. Ainsi, en déposant cette partie dans le groupe, les autres membres peuvent s'en emparer activement.

Bénéfices

Cooperman et Janssen (2010), soulignent que c'est les narrataires (ceux qui écoutent le narrateur) qui, en intervenant et en influençant directement sur le contenu de l'histoire, permettent une co-construction du récit et de l'insertion du lien là où le récit apparaît comme discontinu. Ainsi, grâce au groupe, le narrateur peut retrouver son identité narrative, notion intégrée par Ricoeur (1983-1985, cité par Cooperman & Janssen, 2010). L'identité narrative du sujet est une identité cohérente et continue là où les événements de la vie sont discontinus. Cette identité est donc en perpétuel remaniement. Ainsi, toujours d'après Cooperman et Janssen (2010), raconter son histoire en groupe (qui représente alors la sphère sociale), permet de travailler son identité narrative. Le groupe permet la création d'une sorte d'espace transitionnel où le sujet peut mettre son histoire en perspective et y réfléchir. Il crée un espace transitionnel où le sujet peut jouer avec son histoire et se l'approprier. De plus, comme l'histoire est racontée au groupe, qui représente la société, le sujet se réinsère progressivement dans la sphère sociale.

Tannen (1992, cité par Grinyer, 2012) ajoute que le partage d'expériences et d'histoires personnelles en groupe permet de créer une nouvelle culture propre au groupe et ainsi diminuer le vécu d'isolation sociale des sujets, par rapport à la culture dominante. Ainsi, cette nouvelle culture permet de reconfigurer le sens de la « normalité » et de rassurer les participants. Pour illustrer son propos, l'auteur propose l'exemple du groupe qui affirme que le deuil d'un enfant est « normal », ce qui soutient le sujet dans son processus de deuil. Ainsi, Grinyer (2012) propose le partage d'expériences personnelles en groupe comme outil à la création d'un espace sécurisé où à lieu un réapprentissage et une reconfiguration de la réalité.

Beetlestone, Loubière et Caria (2011), montrent l'importance du partage d'expérience du pair-aidant dans le cadre de groupes de parole en psychiatrie, qui

permet de réinscrire le vécu de chacun dans son histoire en remodelant les expériences du passé (Schrack, 2008, cité par Beetlestone, Loubière et Caria, 2011).

Morgenstern, Labouvie et ses collaborateurs (1997, cité par Donovan & Wells, 2007) mettent en évidence que les sujets alcooliques qui ont un taux d'investissement élevé dans les groupes diminuent significativement leur consommation d'alcool, et ce, même sur la durée. Florentine (1999, cité par Donovan & Wells, 2007) trouve les mêmes résultats chez les toxicomanes. L'étude de Florentine et Hillhouse (2000, cité par Donovan & Wells, 2007) précise que c'est le duo traitement et investissement dans le groupe qui prédit le mieux l'abstention chez le sujet. Weiss et ses collaborateurs (2005, cité par Donovan & Wells, 2007) ont également découvert que c'est l'investissement actif dans le groupe qui prédit le mieux la consommation de drogue chez les sujets, plus que la participation au groupe en tant que tel. Ainsi, c'est l'investissement *actif* qui prédit le mieux les chances de réussite du traitement chez les personnes dépendantes (Hser, Evans & Huang, 2005, cités par Donovan & Wells, 2007).

D'après Sierpina (2006), partager son expérience en groupe permet aux personnes âgées d'avoir une meilleure estime de soi et d'abaisser leur taux de dépression. Montazeri et ses collaborateurs (1997, cités par Montazeri & al., 2001) ajoutent que partager son expérience en groupe permet à la patiente porteuse d'un cancer du sein d'avoir un sentiment de maîtrise quant aux événements de son passé.

D'après Surugue et Lecourt (2008) qui ont travaillé sur les groupes de paroles pour femmes qui ont un cancer du sein, la patiente peut utiliser l'espace du groupe pour trouver des repères et replacer son cancer dans son histoire présente et passé, effectuant ainsi un travail psychique. Ce travail psychique favorise une cohérence interne, il a un pouvoir réorganisateur entre les instances psychiques de la première et de la deuxième topique de Freud. En effet, poursuivent les auteurs, pour certaines patientes, le cancer n'a pas de sens, c'est une fatalité qui ne les concerne pas directement. Pour d'autre au contraire, c'est une conséquence d'un fait obscur de leur vie. La maladie les concerne alors intimement et le cancer prend sens dans l'après coup. Les auteurs expliquent que tout événement dans la vie peut devenir un élément qui permet à l'individu de mieux se connaître. Tel en est aussi pour le cancer. Ainsi, pour Kaës (1993, cité par Surugue & Lecourt, 2008), le groupe fonctionne comme un appareil qui permet la transformation de l'expérience traumatique en événement initiateur d'une ouverture psychique sur soi-même.

En ce qui concerne le don de soi dans les groupes de paroles pour patientes qui ont un cancer du sein, Cope (1995, cité par Montazeri et ses collègues, 2001) affirme que les bénéfices du groupe de parole viennent de l'échange d'informations et du partage d'expériences liées à la maladie, c'est ça qui donne la force. Montazeri et ses collaborateurs (2001) mettent en avant l'importance de l'investissement dans le groupe de soutien pour le bien-être psychologique des femmes atteintes d'un cancer du sein. En effet, d'après les auteurs, c'est l'investissement qui aide le mieux, de par sa fonction antidépressive et anxiolytique. Les auteurs soulignent d'ailleurs que ces effets se maintiennent sur le long terme. D'après Feigin et ses collègues (2000, cité par Montazeri & al., 2001), ces effets sont la conséquence d'une augmentation des ressources chez les patientes. En effet, en s'investissant dans le groupe, le sujet améliore son concept de soi, apprend à gérer son stress, et élargit son éventail de stratégies d'adaptation (Samarel & al., 1998, cité par Montazeri & al., 2001). Montazeri, Gillis, McEwen et Take Tent (1997, cité par Montazeri & al., 2001) expliquent que le partage d'expérience avec les autres membres du groupe permet au sujet d'augmenter son sentiment de maîtrise des événements passés et à venir.

4.2.2.1. Mesure du don de soi

Morgenstern, Labouvie, McCrady, Kahler et Frey (1997, cité par Donovan & Wells, 2007) mesurent l'investissement selon trois critères : la fréquence de participation au groupe (dans le cadre de groupe *Alcooliques Anonymes*), la participation aux activités de groupe et la durée de participation au groupe.

Pour Minari et Perrin (2004), l'investissement dans le groupe se traduit par une forme d'épuisement à la sortie des réunions, par une préoccupation pour le groupe à chaque séance, et par des attentions directes ou indirectes quand le participant ne peut plus participer aux séances (apporter des gâteaux, passer dire bonjour, etc.) Pour ces auteurs, l'engagement du sujet ne passe pas seulement par la prise de parole. En effet, pour eux, le travail se déploie autant au niveau de l'interfantasmatisation (c'est-à-dire l'inconscient) que par la prise de parole (c'est-à-dire le conscient). Pour Anzieu (1999 – 3e édition) qui travaillait sur des groupes de parole pour ménagères, l'investissement actif des membres du groupe passait par une forte adhésion aux conclusions du groupe et par une grande solidarité entre les participantes.

4.2.3. Expression émotionnelle et narration au sein des interventions de groupe

Le partage social des émotions fait référence à l'évocation d'une expérience émotionnelle racontée socialement après l'avoir vécu (Rimé, 1989, cité par Christophe & Di Giacomo, 2003). Pennenbaker et Beall (1986, cités par Christophe & Di Giacomo, 2003) mènent une étude où ils demandent aux sujets de raconter soit seulement les faits d'un épisode de leur vie, soit les faits et les émotions qui s'y attachent, soit juste les émotions en question. Les résultats de cette étude mettent en évidence que les sujets ayant raconté les faits et les émotions, ainsi que les sujets qui n'avaient relaté que les émotions rapportaient avoir moins souvent fréquenté de centre médicaux dans les six mois qui suivirent l'étude, avoir moins d'émotions négatives, et un plus grand bien-être que les autres. La théorie de l'inhibition de Pennenbaker (1982, 1989, cité par Christophe & Di Giacomo, 2003) explique ces résultats. En effet, l'auteur affirme que quand un sujet met en place des évitements cognitifs, comportementaux ou émotionnels par rapport à des événements négatifs intenses de la vie quotidienne, il fournit un grand travail mental et un grand travail de contrôle des manifestations physiologiques liées. Ce travail crée une accumulation de stress, ce qui augmente la probabilité de troubles physiques et psychologiques. Toujours d'après Pennenbaker, ce phénomène peut être contré si le sujet fait le récit de l'événement, même à long terme. Christophe et Di Giacomo (2003) ajoute que raconter l'événement négatif permet également de diminuer la fréquence des pensées intrusives, ce qui réduit le stress et les troubles associés.

Néanmoins, on ne trouve pas toujours des résultats si positifs. En effet, Greenberg et Stene (1992, cités par Christophe & Di Giacomo, 2003) précisent que l'effet de la réévocation d'un épisode dépend des effets des évocations antérieures. Ainsi, si la première fois que le sujet a raconté son histoire, la qualité de la relation sociale avec l'interlocuteur était mauvais, reparler de ces événements peut accentuer les effets négatifs qui leurs sont associé. Ainsi, Christophe et Di Giacomo (2003), mettent en évidence que lorsque le sujet raconte son histoire, il n'y a pas que l'effet cathartique qui entre en jeu, mais également la qualité de l'audience.

D'après l'étude de Ussher et ses collaborateurs (2006), le groupe de soutien permet le développement de la confiance en soi du sujet et de son contrôle de soi, ainsi qu'une amélioration de ses interactions avec les autres (surtout avec le personnel médical) et de l'idée de vivre avec sa maladie. Les auteurs affirment, en effet, que le groupe facilite les liens entre le sujet et sa famille et ses amis car il satisfait les besoins que ces derniers ne peuvent pas combler (sentiment d'être compris et de ne pas être jugé

par exemple) comme la mise à disposition d'un espace où l'expression des émotions est possible, sans tabou.

La confiance en soi passe par l'expression de soi dans un environnement sécurisant (Ussher & al., 2006). Bushanan et Coulson (2007) corroborent ces propos en affirmant que les groupes de soutien ont une fonction cathartique qui permet la libération des angoisses et des problèmes du sujet, par la parole.

II. Partie pratique

1. Hypothèses

1.1. Hypothèse générale

Nous émettons l'hypothèse qu'au plus nous observerons un équilibre dans le don de soi et le soutien à autrui chez les patientes participant à l'intervention de groupe, au plus leur détresse émotionnelle aura diminuée et leur estime de soi augmentée après l'intervention.

Tableau 1 Hypothèses sur la fonction de l'expression verbale observée chez les patientes durant l'intervention et sur le sentiment d'implication dans le groupe rapporté en T2

	Détresse émotionnelle	Estime de soi
Equilibre don de soi et soutien à autrui	↘	↗
Sentiment d'implication	↘	↗

Notre hypothèse est qu'il y aura un équilibre entre le don de soi et le soutien à autrui qui permettra une meilleure diminution de la détresse émotionnelle et une meilleure augmentation de l'estime de soi. Nous avons fixé cet équilibre à 70% de don de soi et 30% de soutien à autrui. En effet, nous pensons que dans le type de situation de groupe où se trouvent les patientes, elles auront plus tendance à donner d'elles-mêmes, c'est-à-dire à se dévoiler, qu'à soutenir les autres. Néanmoins, nous avons tenu à fixer un pourcentage assez élevé de soutien à autrui car nous pensons qu'il faut l'avoir assez souvent observé pour prédire un véritable effet.

Le don de soi est observé dans les groupes de parole au travers du partage d'expérience personnelle, d'opinions personnelles, du dévoilement de soi, d'expression d'accord et de détente (humour, etc.) Ces éléments ont une influence sur la détresse émotionnelle et l'estime de soi du sujet.

Le soutien à autrui, d'après Midlarsky (1991), permet d'augmenter le sentiment de compétence et d'efficacité de l'individu. Ces deux éléments sont repris par Cuzacq (2010) pour définir l'estime de soi, ce qui nous permet d'émettre l'hypothèse que le soutien à autrui peut aider à améliorer l'estime de soi du sujet. De plus, d'après Schroevers, Ranchor et Sanderma (2003), une bonne estime de soi peut protéger l'individu de symptômes dépressifs. D'ailleurs plusieurs auteurs soulignent que donner du soutien a plus d'effet sur le bien-être que d'en recevoir (Pingree, 2007; Han et al.,

Pour finir, nous justifions notre hypothèse sur le sentiment d'implication comme étant un facteur prédictif de l'estime de soi et de la détresse émotionnelle en nous basant sur l'idée que c'est à travers le don de soi et le soutien à autrui que l'individu s'implique dans le groupe.

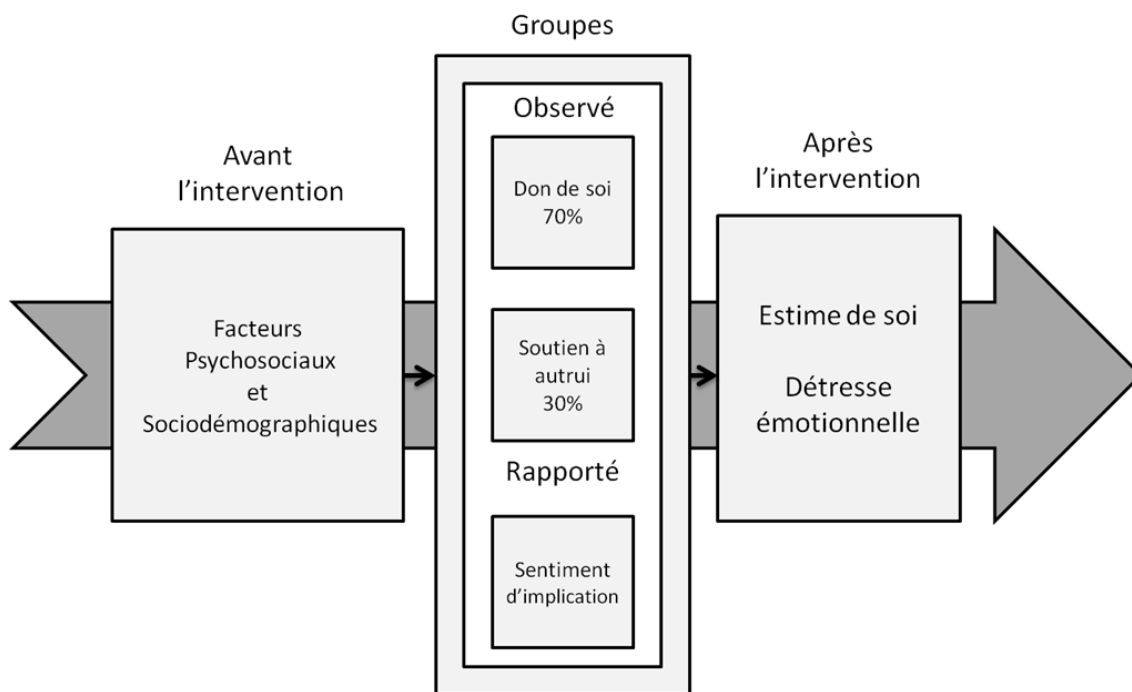


Figure 1 Schéma d'hypothèse générale concernant les facteurs psychosociaux et sociodémographiques, ainsi que l'équilibre entre le don de soi (70%) et le soutien à autrui (30%) observés, le sentiment d'implication rapporté en T2 et l'estime de soi et la détresse émotionnelle après l'intervention.

Le schéma ci-dessus (figure 1) reprend notre hypothèse générale. Il représente sur une ligne du temps, les facteurs psychosociaux et sociodémographiques qui influencent le don de soi et le soutien à autrui observé durant les séances de groupe, ainsi que leur influence sur le sentiment d'implication dans le groupe (rapporté grâce à un questionnaire passé après l'intervention de groupe). De plus, l'influence du don de soi et du soutien à autrui dans les groupes ainsi que du sentiment d'implication sur l'estime de soi et la détresse émotionnelle après l'intervention y figure également.

1.2. Sous-hypothèses générales

Nous émettons l'hypothèse qu'au plus le sentiment d'implication dans le groupe des participantes est élevé, au plus leur détresse émotionnelle aura diminuée et leur estime de soi augmentée après l'intervention.

Nous avons choisi de prendre le sentiment d'implication dans le groupe des patientes comme facteur prédictif de leur détresse émotionnelle et de leur estime d'elle-même car nous pensons que c'est un bon indicateur du don de soi et du soutien à autrui de la patiente durant l'intervention. En effet, nous présupposons que plus une personne aura donné d'elle-même et soutenu les autres durant les interventions de groupe, au plus elle aura l'impression de s'être impliquée dans le groupe. C'est à partir de cette hypothèse que nous utilisons le sentiment d'implication dans le groupe mesuré à l'aide d'un questionnaire, après l'intervention, comme facteur prédictif sur la détresse émotionnelle et l'estime de soi.

Nous émettons l'hypothèse que plus le don de soi ou le soutien à autrui aura été élevé proche d'un équilibre 70% et 30% durant les séances de groupe, au plus le sentiment d'implication du sujet sera élevé.

Tableau 2 Hypothèses spécifiques sur le taux de don de soi et de soutien à autrui durant l'intervention en lien avec le sentiment d'implication dans le groupe

Sentiment d'implication dans le groupe	
Don de soi 70%	↗
Soutien à autrui 30%	↗

1.3. Hypothèses spécifiques

1.3.1. Hypothèses spécifiques concernant l'intervention

Hypothèses spécifiques concernant le don de soi

Nous émettons l'hypothèse qu'au plus l'individu aura **raconté** son vécu durant l'intervention de groupe, au plus sa détresse émotionnelle aura diminuée et au plus son estime de soi aura augmentée. Nous faisons l'hypothèse que le récit de vécu sera la variable reprise dans le don de soi qui aura **le plus d'impact** au niveau de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi.

Nous émettons également l'hypothèse qu'au plus le sujet se sera **dévoilé** au cours de l'intervention, mais de manière factuelle, au plus elle aura diminué sa détresse émotionnelle et augmenté son estime de soi après la fin des séances de groupe. Néanmoins, on considère que la puissance de ces changements sera **moindre** comparé à ceux provoqué par le récit de vécu.

De plus, nous émettons l'hypothèse qu'au plus le sujet aura exprimé son **accord** et son **opinion** dans les groupes, au plus elle aura diminué sa détresse émotionnelle et augmenté son estime de soi. Cependant, nous considérons que cette influence sera **moindre** comparée à celle du récit de vécu, mais elle sera plus forte que celle du dévoilement factuel de soi.

Pour finir, nous émettons l'hypothèse qu'au plus l'individu aura **détendu** l'atmosphère dans le groupe, au plus sa détresse émotionnelle aura diminuée et son estime de soi augmentée, même si cette influence est **moindre**.

Tableau 3 Hypothèses spécifiques concernant les différents éléments qui constituent la variable *don de soi* de l'expression verbale des patientes dans les groupes, sur leur détresse émotionnelle et leur estime d'elle-même.

	Détresse émotionnelle	Estime de soi
Récit de vécu	↘↘↘	↗↗↗
Accord	↘↘	↗↗
Opinion	↘↘	↗↗
Dévoilement factuel sur soi	↘	↗
Détente	↘	↗

Nous justifions notre hypothèse sur le *récit d'un vécu* (« hier j'ai été voir le médecin, on a discuté de mes symptômes, aujourd'hui je dois retourner le voir... ») en nous basant sur la théorie de la narration de soi qui postule que raconter son histoire personnelle permet à l'individu d'agir sur son anxiété, sur son estime de soi et sur ses symptômes dépressifs (Atkinson, 2005, cité par Sierpina, 2006). Nous nous basons également sur le principe de la catharsis qui permet une amorce de symbolisation qui engendre, à long terme, un bien-être chez le sujet (Tisseron, 1996). C'est également en prenant la catharsis comme base que nous justifions notre hypothèse sur le *dévoilement factuel de soi* (« j'ai 32 ans », « j'ai deux enfants ») et sur l'*opinion* (« je pense que la crise économique est due à... »). En effet, l'impact d'un dévoilement de soi sans véritable narration peut, d'après nous, déjà enclencher un processus positif pour l'individu mais pas de la même intensité que s'il était plus élaboré. De plus, donner son opinion permet également une expression, une catharsis. Quant à notre hypothèse sur l'*accord* (« je pense comme toi », « je suis pareil »), elle est basée sur l'idée que, quand une personne est d'accord avec une autre, elle s'identifie à elle, à ses opinions, à son vécu. Ainsi, d'après Razavi et ses collaborateurs (2008, cités par Ghislain, 2012-2013) l'estime de soi bénéficie de la comparaison sociale de soi avec d'autres malades et, par là

probablement également par identification. Pour finir, nous justifions notre hypothèse sur la détente (humour, etc.) en nous basant sur le texte de Coutenceau, Smith et Lemitre (2012) qui catégorise l’humour et le rire comme un facteur de résilience.

Hypothèses spécifiques concernant le soutien à autrui

Nous émettons l'hypothèse qu’au plus le sujet **aidera** les autres ou aura des **initiatives** envers autrui, au plus sa détresse émotionnelle aura diminuée et au plus son estime de soi aura augmentée après l’intervention de groupe.

Nous émettons également l’hypothèse qu’au plus la patiente sera **solidaire** dans le groupe ou fera des **suggestions** aux autres participantes, au plus sa détresse émotionnelle aura diminuée et son estime de soi augmentée après l’intervention. Néanmoins, nous pensons que ce changement sera **moindre** par rapport au changement induit par l'entraide ou les initiatives.

Pour finir nous émettons l’hypothèse qu’au plus la personne posera des **questions** aux autres, au plus sa détresse émotionnelle aura diminuée et son estime de soi augmentée à la fin de l’intervention. Nous pensons que c’est cette variable qui aura le **moins** d’influence sur l’estime de soi et la détresse émotionnelle au sein des variables qui constituent le soutien à autrui.

Tableau 4 Hypothèses spécifiques concernant les différents éléments qui constituent la variable « soutien à autrui » de l'expression verbale des patientes dans les groupes, sur leur détresse émotionnelle et leur estime d'elle-même.

	Détresse émotionnelle	Estime de soi
Entraide	↘↘↘	↗↗↗
Initiative envers autrui	↘↘↘	↗↗↗
Solidarité	↘↘	↗↗
Suggestion	↘↘	↗↗
Interrogation	↘	↗

D'après Jauffret-Roustide (2010), qui a étudié le principe de l'aidant, aider les autres permet à chacun de trouver sa place et de se renarcissiser à travers le rôle de l'aidant. Nous pensons que la solidarité aura un effet modéré sur la détresse émotionnelle et l'estime de soi du sujet du fait que ce qu'elle contient n'est pas un soutien très actif. Il en va de même pour la suggestion que l'on estime également plus modéré. Contrairement à l'aide en tant que tel ou à l'initiative qui sont plus franchement

marqué au niveau du soutien. Quant aux interrogations, elles sont d'après nous la manifestation de soutien la moins évidente car elles se confondent plus avec un intérêt envers autrui qu'avec un véritable soutien.

Hypothèse spécifique sur la forme de l'expression verbale

Nous émettons l'hypothèse qu'au plus une patiente utilisera la narration dans ses expressions verbales dans le groupe, au plus sa détresse émotionnelle aura diminué et son estime de soi augmenté après l'intervention.

Tableau 5 Hypothèse spécifique sur la forme de l'expression verbale des patientes dans les groupes.

	Détresse émotionnelle	Estime de soi
Narration	↘	↗

Cette hypothèse est basée sur le concept de la narration de soi qui postule que, au travers de la narration, le sujet donne du sens à ses expériences passées (Bourdieu 1986, cité par Peretti, Boucherat-Hue & Rolland, 2012), se décharge de ses affects (effet cathartique) et entre dans une élaboration secondaire de son vécu ce qui lui permet un contrôle psychique, une métabolisation d'éléments non assimilés (Peretti & al., 2012). Ceci justifie notre hypothèse selon laquelle plus une patiente utilise la narration dans son expression verbale, moins grande sera sa détresse émotionnelle après l'intervention. Quant à notre hypothèse sur l'augmentation de l'estime de soi, nous la justifions en nous basant sur le fait que quand la patiente raconte son histoire, son expérience du cancer, aux autres participantes du groupe, il lui est permis de se défaire de la honte qui y est attaché (Kaufman & al., 1987 cité par Razavi & Delvaux, 1998). De plus, raconter son histoire remet le sujet dans une position active, il n'est plus victime, il s'approprie son histoire (Gaulejac, 2007, 2009 cité par Peretti & al., 2012). Pour finir, d'après Corbella (2004), partager son histoire, la raconter, la narrer au groupe permet de l'élaborer ensemble ce qui a un effet positif sur l'estime de soi.

Hypothèse spécifique concernant le contenu émotionnel de l'expression verbale

Nous émettons l'hypothèse qu'au plus une patiente exprimera ses émotions dans le groupe, au plus sa détresse émotionnelle aura diminuée et son estime de soi augmentée après l'intervention.

Tableau 6 Hypothèse spécifique concernant le contenu émotionnel de l'expression verbale des patientes durant l'intervention.

	Détresse émotionnelle	Estime de soi
Expression émotionnelle	↘	↗

Nommer l'émotion vécue diminue l'activité émotionnelle au niveau de l'amygdale (Lieberman & al., 2007, cités par Kornreich, 2013-2014). Le sujet peut se permettre, dans le groupe, d'exprimer ses émotions et de relativiser ses sentiments, dont ses sentiments de honte par exemple (Kaufman & al., 1987 cités par Razavi & Delvaux, 1998), nous émettons donc l'hypothèse que l'expression d'une émotion de manière générale, mais plus spécifiquement au travers de sa nomination, aura un effet positif sur l'estime de soi et la détresse émotionnelle dans le cadre du groupe.

1.3.2. Hypothèses spécifiques sociodémographiques

Nous émettons l'hypothèse que les sujets plus âgés feront plus de soutien à autrui durant les groupes que les autres.

Tableau 7 hypothèse sociodémographique sur l'âge des participantes en lien avec le soutien à autrui durant l'intervention.

	Soutien à autrui
Patiente plus âgée	↗

Nous émettons l'hypothèse selon que les femmes plus âgées auront tendance à plus soutenir les autres. En effet, les femmes plus âgées ont plus de probabilité de devenir bénévole (Phillips & Phillips, 2011) et sont plus enclines soutenir les autres sur les forums internet (Yoo & al., 2013).

1.3.3. Hypothèse spécifique psychosociale

Nous émettons l'hypothèse que plus l'estime de soi du sujet sera élevée avant l'intervention, au plus il aura tendance à soutenir les autres durant l'intervention.

Tableau 8 Hypothèse spécifique sur l'estime de soi avant l'intervention en lien avec le soutien à autrui durant l'intervention.

	Soutien à autrui
Estime de soi élevée	↗

Nous émettons l'hypothèse selon que les patientes ayant une estime d'elle-même élevée avant l'intervention soutiendront plus les autres dans les groupes de parole. En effet, plus une personne a une estime d'elle-même élevée, plus elle aura tendance à soutenir les autres (Kim E, Han JY, Shah DV, Shaw BR, McTavish FM, Gustafson DH., 2011, cité par Yoo & al., 2013).

2. Méthodologie

Une grande partie des informations présentées sous ce point ont été reprises du protocole d'étude « séno » de Merckaert et ses collaborateurs (2009).

2.1. Contexte d'étude

Cette recherche s'inscrit dans une recherche très large, le « projet groupe », réalisée à l'université libre de Bruxelles en collaboration avec plusieurs hôpitaux donc l'institut Jules Bordet qui en est le coordinateur. L'objectif de ce projet est de mesurer l'impact des interventions de groupe cognitivo-comportementales au travers de l'hypnose par exemple, sur l'adaptation des patientes en rémission d'un cancer du sein, ainsi que sur leur régulation émotionnelle. Cette étude est randomisée avec un groupe contrôle qui est celui auquel nous nous intéresserons.

2.2. Type d'étude

L'objectif de ce mémoire est d'étudier l'influence du soutien envers autrui et du don de soi sur la détresse émotionnelle et l'estime de soi au travers de l'observation de groupes de parole pour femmes atteintes d'un cancer du sein non métastaté en phase de rémission et de différents questionnaires. La recherche est d'une part longitudinale car elle se déroule sur six mois et, d'autre part, transversale. De manière générale, le projet groupe analyse quatre temps de l'intervention (T0, T1, T2 et T3) mais nous nous concentrons seulement sur trois temps dans ce mémoire (T0, T1, T2). Les résultats sont divisés en deux parties. Tout d'abord nous analyserons la partie quantitative, nous verrons si le sentiment d'implication rapporté en T2 est en lien avec l'évolution de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi des sujets. Ensuite nous verrons la partie qualitative du mémoire, elle est basée sur l'analyse du discours des séances (respectivement douze et quinze séances de deux heures) des deux groupes auxquels les patientes ont participé (respectivement cinq et quatre patientes). Notons que pour le groupe A l'enregistrement de la sixième séance n'était pas lisible, c'est pourquoi nous n'avons pas pu l'intégrer à notre étude.

2.3. Population

La population de l'étude est constituée de femmes ayant eu un cancer du sein non métastaté et qui sont en phase de rémission lors de la récolte des données. Le recrutement a lieu lors de leurs dernières séances de radiothérapies, à l'Institut Jules Bordet. Les critères d'éligibilité sont les suivants : être atteint d'un cancer du sein in situ non métastaté, avoir terminé les traitements actifs (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie), avoir plus de 18 ans, maîtriser suffisamment le français, être informé du diagnostic de cancer, avoir donné son accord de participation au T0 et à l'étude, avoir signé un consentement éclairé pour le T0 et l'étude, avoir accepté d'être randomisé pour l'étude, ne pas avoir une récurrence du cancer au moment de l'inclusion, ne pas se trouver en situation palliative, ne pas avoir un trouble cognitif majeur ou un trouble psychiatrique majeur en phase aigu.

2.4. Procédure d'évaluation

La figure 2 représente le déroulement de l'étude. Il est basé sur le protocole officiel de l'étude (Merckaert & al., 2009) et sur la lettre d'information présentée aux patients.

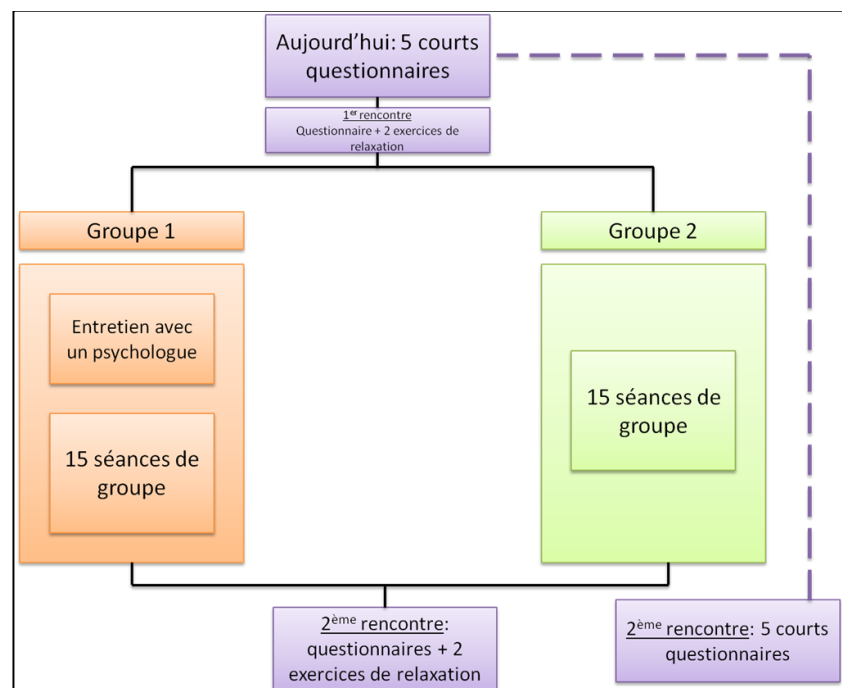


Figure 2 Déroulement de l'étude complète.

2.4.1. Recrutement

La première prise de contact avec les patientes se fait durant leur traitement par radiothérapie à l'Institut Jules Bordet. Lors de cette rencontre, le psychologue identifie quels sujets entrent dans les critères d'inclusions ou d'exclusions de l'étude. Notons que le programme a également été diffusé par des affiches et des brochures disponibles dans les hôpitaux participants au projet.

2.4.2. Rencontre de chaque patiente (T0)

Le but de l'entretien menée lors de la rencontre en radiothérapie est d'informer les patientes des tenants et des aboutissants du « Projet groupe », de s'assurer de leur compréhension et de leur consentement. A ce stade, la patiente répond déjà à une série de questionnaires afin de récolter des informations médicales, sociodémographiques et des informations sur ses difficultés et ses besoins actuelles. Si une patiente ne désire pas participer aux groupes, le psychologue lui proposera alors de remplir un questionnaire par téléphone environ six mois plus tard (le questionnaire T2bis) dans le but de comparer les résultats des patientes ayant participé aux groupes avec ceux de celles qui n'y ont pas participé.

2.4.3. Évaluation en trois temps

Si la patiente accepte de participer à l'ensemble de l'étude, elle est vue deux fois par un psychologue afin de remplir une série de questionnaires. C'est moins d'un mois après la fin des traitements qu'à lieu le premier entretien (T1), le psychologue évalue alors des variables psychologiques telles que la détresse émotionnelle, les stratégies d'adaptation, le soutien social, l'estime de soi, etc., ainsi que des variables plus physiologiques. Lors du deuxième entretien, huit mois après la fin des traitements (T2) et à la fin des quinze séances de groupes initialement prévues, le psychologue réévaluera ces variables. Afin d'éviter tout biais, c'est un autre psychologue que celui qui mène les groupes de parole qui rencontre le patient lors de la passation des questionnaires. Le psychologue ne connaît pas non plus le type de groupe dans lequel sera (ou a été) la patiente (expérimental ou contrôle). Chaque entretien dure environ deux heures trente et comprend deux tâches de relaxation : une tâche de relaxation spontanée, c'est-à-dire sans indications de la part du psychologue, et une tâche de relaxation à l'aide d'un enregistrement audio d'hypnose. Le rythme cardiaque de la patiente est mesuré durant ces exercices afin de faire des comparaisons entre groupe contrôle et groupe expérimental en T1 et en T2, mais nous n'utiliseront pas ces données dans ce mémoire. Quant au troisième entretien (T3), il se déroule environ un an après l'intervention afin d'évaluer l'effet des groupes à long terme. Cet entretien dure également deux heures et demie. Les données de ce troisième entretien ne sont pas non plus utilisées dans cette étude.

2.4.4. Interventions de groupe

A la suite du premier entretien (T1), les patientes sont réparties aléatoirement dans des groupes expérimentaux (de type cognitivo-comportemental) ou contrôle (groupe de parole). Chaque groupe est composé de maximum six personnes et se déroule sur une durée de six mois, une fois par semaine, pendant quinze semaines. Les groupes durent deux heures. Dans le groupe expérimental, le psychologue transmet des techniques cognitives et comportementales ainsi que des techniques d'hypnose et de relaxation, dans le groupe contrôle il est beaucoup plus effacé, laissant la parole aux participantes. Toutes les séances sont enregistrées au niveau audio et au niveau vidéo (seul le psychologue est filmé).

2.5. Aspects éthiques

Les patientes sont toutes informées du déroulement de l'étude lors de la première rencontre avec le psychologue, en radiothérapie (T0). Elles reçoivent un document écrit qui reprend l'ensemble des informations concernant le « Projet groupe », elles doivent alors signer un consentement informé et éclairé qui garantit la confidentialité et l'anonymat de ses données. Elle peut à tout moment arrêter les enregistrements et/ou sortir de l'étude. De plus, pour garantir une plus grande sécurité des enregistrements, ils sont protégés par le logiciel de chiffrement « True Crypte », l'algorithme ASE employé a été reconnu comme standard de chiffrement par l'Agence Nationale des USA en 2000.

2.6. Outils d'investigation de l'analyse quantitative

2.6.1. Lors du recrutement, en T0

Recrutement et renseignement obtenus auprès du patient

Ce sont deux questionnaires qui permettent de recueillir des informations concernant les caractéristiques sociodémographiques des patientes.

Questionnaire médical

Le questionnaire médical vise à recueillir des informations d'ordre médical auprès des médecins tels que le diagnostic oncologique ou les traitements.

2.6.2. A la fin des traitements et avant l'entrée en groupe, en T1 et à la fin des

interventions de groupe, en T2

Hospital Anxiety and Depression Scale HADS

Ce questionnaire est passé deux fois par les participantes, une fois à la fin de leurs traitements (T1) et une fois après les séances de groupe (T2). Il permet de recueillir des données descriptives sur le niveau d'anxiété, de dépression et de détresse au cours de la semaine précédant l'entretien (Zigmond et al, 1983 ; Razavi et al, 1990 et 1992). Il se compose de 14 items, cotés de 0 à 3 et divisés en deux sous-catégories : la dépression (7 items) et l'anxiété (7 items). La note maximale de chaque score est de 21. Pour chaque partie, plus le score est élevé, plus grande est la sévérité des symptômes. On envisage un trouble anxieux ou dépressif à partir d'un score proche de 8. Quant au score de détresse émotionnel, il est considéré comme sévère à partir de 19, et comme modéré entre 13 et 18.

Rosenberg's Self-Esteem Scale RSE

Cette échelle mesure l'estime de soi en identifiant la perception globale de l'individu sur sa propre valeur (créée par Rosenberg, 1965, traduite par Valliers et Vallerand, 1990). Les participantes répondent deux fois à ce questionnaire, en T1 et en T2. L'échelle se compose de 10 items, elle évalue l'attitude du sujet face à lui-même comme individu avec des qualités, ainsi que son attitude positive vis-à-vis de lui-même (se considère-t-il comme inutile ?) Le RSE s'évalue sur une échelle de Likert, de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait d'accord ». Les scores varient entre 0 et 30. Un score entre 0 et 25 est considéré comme très faible, entre 25 et 31 comme faible, entre 31 et 34 comme moyen, entre 34 et 39 comme fort et au-delà de 39 comme très fort (Crépin & Delerue, date indisponible).

Ways of Coping Checklist WCC

Ce questionnaire n'est passé qu'une fois par les participantes, en T1. Créée par Lazarus et Folkman (1984, cités par Merckaert & al., 2009), révisée par Vitalino et ses collaborateurs (1985, cités par Merckaert & al., 2009) et enfin traduite et adaptée par Cousson et ses collègues (1996, cité par Merckaert & al., 2009), cette échelle est utilisée pour évaluer les stratégies d'adaptation de l'individu face au stress. Il compte 27 items, divisés en trois facteurs : stratégies centrées sur les problèmes (plan d'action, etc.), stratégies centrées sur l'émotion (culpabilité, évitement, etc.) et stratégies de recherche de soutien social (soutien informatif, etc.) À chaque item correspond une échelle de Likert sur quatre degrés.

Toronto Alexithymia Scale TAS

Les patientes ne passent qu'une seule fois la TAS, en T2. Grâce à cette échelle, on mesure l'expression émotionnelle des sujets. Elle a été traduite et validée en français (Loas, Omani, Verrier, Fremaux & Marchand, 1996 ; Loas, Parker, Otmani, Verrier & Fremaux, 1997). Elle est composée de 20 items qui regroupent trois dimensions : la difficulté à identifier ses états émotionnels, la difficulté à décrire ses états émotionnels à autrui et la pensée opératoire.

Questionnaire de satisfaction par rapport aux interventions de groupe

Ce questionnaire n'est passé qu'une seule fois, en T2. Les patientes indiquent grâce à une échelle de Likert (de « pas du tout » à « beaucoup ») si l'intervention de groupe les a aidées pour une série d'items.

Questionnaire des prises en charge thérapeutique

Ce questionnaire une seule fois, en T2, afin de voir dans quelles mesures les patientes ont vu d'autres professionnels (médecins, kinésithérapeutes, psychothérapeutes,...) depuis la dernière évaluation.

2.7. Outils d'investigation de l'analyse semi-qualitative

2.7.1. Outils d'investigation audio

La partie qualitative de cette recherche se centre sur l'analyse du discours des patientes lors des séances de groupes, au travers des enregistrements audio. Nous analysons deux groupes. Le groupe A est formé de quatre patientes atteintes d'un cancer du sein non métastaté en phase de rémission (deux patientes ont quitté le groupe rapidement), quant au groupe B il est composé de cinq personnes correspondant à la même description (une patiente a quitté l'étude après la première séance). Les séances du groupe A avaient été retranscrites par Marie-Charlotte Gislhain dans le cadre de son mémoire, nous avons repris ses retranscriptions afin d'enrichir ce mémoire.

Nous avons choisi d'étudier des groupes contrôle, qui sont donc des groupes de parole libres, justement car leur structure plus libre laisse une plus grande place aux comportements spontanés des participantes. En effet, nous pensons que, comme le psychologue prend moins de place dans ce type de groupe, nous aurons un meilleur accès à l'établissement du lien entre les sujets, et donc au soutien qu'ils peuvent s'apporter entre eux et à leur investissement spontané en termes de don de soi. Nous avons choisi les groupes en fonction de la différence entre les scores d'estime de soi et de détresse émotionnelle des patientes entre le T1 et le T2, nous souhaitons une

différence à ce niveau-là. De plus, nous nous sommes assuré que chaque participante ait rempli tous les questionnaires.

Pour analyser les séances nous avons créé une grille de lecture, se basant sur le mémoire de Marie-Charlotte Gislhain et sur les travaux de Bales (1951) car il n'existe pas, à notre connaissance, de grille d'analyse du soutien apporté ni du don de soi dans les groupes. Marie-Charlotte Gislhain s'était elle-même inspiré des travaux de Bales sur les dynamiques de groupe pour son mémoire qui porte sur le soutien reçu. Néanmoins notre grille finale est fortement différente de celle créé par cette dernière.

Comme l'explique Sorsana (2001), la grille de Bales est utilisée dans le but de catégoriser les échanges entre les membres dans groupe, en fonction de leur nature, sans se soucier du contenu « cognitif » de la discussion. De plus, au regard du discours des sujets, deux types de comportements vont émerger : d'une part des comportements opératoires qui visent à faire avancer la résolution de la tâche, et d'autre part, des comportements socio-affectifs liés aux réactions émotionnelles entre les membres du groupe. Ainsi, malgré que cette grille reprenne des éléments que nous voulons investiguer, elle ne correspond pas exactement à nos besoins. C'est pourquoi nous avons choisi de la modifier.

Nous avons choisi de diviser nos critères d'observation en trois catégories afin de faciliter le recueil des données et leur analyse :

Partie 1 : la fonction

Il y a deux grandes fonctions possibles dans le discours : le don de soi ou le soutien à autrui. Dans la catégorie *don de soi* on retrouve le récit de vécu (« j'ai été à la boulangerie ce matin, j'y ai rencontré mon voisin et nous avons discuté »), le dévoilement factuel de soi (« j'ai 32 ans »), l'accord (« je pense comme vous » « j'ai pareil »), l'opinion (« je pense que... » « si on prend cet élément-là, alors c'est différent »), la détente (humour). Quant à la partie *soutien à autrui* on y intègre la solidarité (encouragements, etc.), l'entraide, l'interrogation (« quel âge as-tu ? »), l'initiative (« que ressens-tu par rapport à ça ? ») et l'orientation (information, etc.)

Nous considérons que se « dévoiler », même à un niveau purement factuel (« j'ai

deux enfants ») est déjà un premier pas vers le partage d'expérience. Il en va de même pour l'expression d'opinions personnelles (« je ne pense pas que ce soit ça »). Quant au fait de détendre l'atmosphère, nous considérons ça comme une façon de donner de soi dans le groupe au travers d'un investissement actif

Cette grille est adaptée de celle de Bales (1951), comme on peut le voir au tableau 9. Tout d'abord, pour plus de nuances, nous avons divisé la catégorie de Bales *solidarité* en quatre catégories : *solidarité*, *entraide*, *interrogation* et *initiative* (les descriptions de chaque catégorie sont disponibles dans le tableau 9). Les catégories *détente*, *accord*, *suggestion*, *opinion* et *orientation* ont été gardées tel quel. Nous avons ajouté deux catégories, le *dévoilement factuel de soi* (partage, expression d'éléments personnels sur soi-même sans élaboration ni narration) et le *récit de vécu* (partage d'une expérience avec une élaboration, une narration). D'autres catégories ont été retirées. Tout d'abord les *demandes* d'orientation, d'opinion, et de suggestion car nous ciblons notre étude sur le don et non sur la demande de soutien. Néanmoins, les éléments que Bales place dans ces catégories restent cotées, mais ailleurs. Ainsi, il nous a paru plus logique pour notre travail de coter les *demandes d'orientation*, telle que « j'aimerais savoir si... » dans la nouvelle catégorie *dévoilement factuel de soi*, car elles font échos à un besoin de l'individu, à un manque que le sujet dévoile sans l'élaborer narrativement. Les demandes de répétitions, de clarifications et de confirmations, qui sont reprises, pour Bales, dans les demandes d'orientation, nous les avons placées dans *interrogation*. En effet, pour nous, les questions de ce type reflètent un intérêt pour autrui, sous forme de question. Les demandes d'opinion sont également redirigées vers le *dévoilement factuel de soi* (« j'aimerais savoir ce que vous pensez de ma situation ») ou vers la catégorie *initiative* (« que ressens-tu vis-à-vis de ça ? »). Les demandes de suggestions peuvent également être renvoyées dans la catégorie *dévoilement factuel de soi* (« donnez-moi un conseil ») car elles reflètent un besoin du sujet, ou dans la catégorie *interrogation* car elles font échos à un intérêt pour l'autre (« de quoi voulez-vous qu'on parle aujourd'hui ? »). Nous avons également retiré la catégorie *désaccord*, car les éléments qui y étaient repris par Bales, pouvaient, d'après nous, se retrouver dans *opinion* (« je ne crois pas, pour moi il semble que ce soit... »). La catégorie *tension* a été retirée pour deux raisons. Premièrement, elle reprend principalement des éléments non observables à l'audio, tels que le rougissement ou les tics nerveux, ce qui les rendaient impossible à analyser dans notre étude. Deuxièmement, parce que les éléments qui restaient observables, tels que les demandes d'aide, trouvaient mieux leur place, dans la catégorie *dévoilement factuel de soi*, car ils révèlent un besoin du sujet. La

dernière catégorie retirée est l'*antagonisme* car, dans notre étude, nous reprenons plutôt ces éléments dans *opinion* « je ne suis pas d'accord » ou dans *dévoilement factuel de soi* « je suis génial » si c'est plus une affirmation de soi.

Partie 2 : la forme

Les énoncés prononcés par les patientes peuvent prendre trois formes, brut, narré ou interrogative. Nous cotons donc une expression verbale comme « j'ai été au Sénégal l'année dernière » comme narrée et une expression comme « c'est grave ça ! » comme brute, car on retrouve une notion de temps et d'historisation dans le premier mais pas dans le second. Pour finir, nous cotons les questions comme forme interrogative (voir tableau 10).

Partie 3 : le contenu

Nous cotons le contenu en deux temps, une première fois au niveau factuel qui peut être *médical*, *professionnel*, *personnel*, *familial*, *conjugal* ou *indéterminé*. Par exemple l'énoncé « mon compagnon est en vacances » sera coté *conjugal* alors que l'énoncé « il y a un marché de Noël aujourd'hui » sera coté comme *indéterminé*. Ensuite on cote le contenu au niveau émotionnel qui peut être la *peur*, la *tristesse*, la *colère*, la *joie* (dont les rires) ou le *dégoût* (Murray & Arnott, 1992) Nous avons ajouté les catégories *indéterminé positif* (« c'est agréable »), *indéterminé négatif* (« j'ai honte ») ou *neutre* (sans nomination d'émotion). Nous cotons seulement quand le sujet donne le terme de son émotion « j'ai peur » par exemple (voir tableau 11).

Nous cotons chaque expression verbale émise lors des séances, de la première à la dernière minute d'enregistrement. Néanmoins, si deux énoncés prononcés par une patiente et *qui se suivent* sont cotés exactement de la même façon, nous ne les cotons qu'une seule fois. Ainsi, les énoncés « J'ai rencontré mon médecin pour la première fois en septembre » et « il m'a dit que c'était un cancer » sont cotés de la même manière, en une seule fois comme « contenu factuel médical ; contenu émotionnel neutre (car il n'y a pas de nomination de l'émotion) ; forme narrée (car on a une notion de temps) ; fonction récit de vécu ».

Dans le tableau 9 ci-dessous on voit la grille de Bales et son adaptation à l'étude. Les tableaux 10 et 11 correspondent respectivement à la grille permettant d'observer la forme de l'expression verbale des patientes et son contenu émotionnel et factuel.

Tableau 9 La grille de Bales et son adaptation personnelle au niveau de la fonction de l'expression verbale apportée par les patientes.

Fonction				
Grille de Bales		Adaptation		
Description	Mots-clefs	Description	Mots-clefs	Exemples
Solidarité				
Solidarité : tout ce qui a l'air altruiste ou généreux	Récompenser, remercier, complimenter, s'enthousiasmer applaudir, apprécier, partager, offrir, défendre, rassurer, encourager, apaiser	Solidarité : altruisme ou générosité	Valoriser, rassurer, s'enthousiasmer, encourager	« Tu as fait du bon travail »
		Entraide : offrir ses services		Propose d'aider à laver la vaisselle
		Interrogation : montrer de l'intérêt pour autrui sous forme de question.		« Comment te sens-tu par rapport à ça ? »
		Initiative : engagement solidaire marqué durant la séance pour la situation d'autrui, pour son vécu, ou de manière générale		Propose de faire des séances en plus
Détente				
Détente : toute indication que le sujet est ravi	Etre en joie, s'extasier, être euphorique	Détente : idem	Idem	Blaguer, rire
Accord				
Accord : être d'accord	Accepter passivement, comprendre, se conformer, s'identifier	Accord : idem	Idem	« Tu as raison »
Suggestion				
Suggestion : suggérer	Proposer des solutions, des stratégies, conseiller	Suggestion : idem	Idem	« Tu devrais faire ça ».
Opinion				
Opinion : évaluer, analyser, exprimer une émotion	Elaborer, explorer une hypothèse, souhaiter	Opinion : idem	Idem	« C'est la bonne chose à faire » « Tu fais ça parce que... »

Orientation				
Orientation : informer, répéter, clarifier, confirmer		Orientation : idem		« Voici le nom d'un bon kiné »
Retirés				
Demande d'orientation		<i>Retiré</i>		
Demande d'opinion		<i>Retiré</i>		
Demande de suggestion		<i>Retiré</i>		
Désaccord		<i>Retiré</i>		
Tension		<i>Retiré</i>		
Antagonisme		<i>Retiré</i>		
Ajoutés				
		Dévoilement factuel de soi : partager, exprimer des éléments personnels sur soi, sans plus d'élaboration, de narration		« Je me sens triste »
		Récit de vécu : partager, exprimer une expérience avec élaboration, narration		« Je me sens triste car hier j'ai été chez le médecin et... »

Tableau 10 Grille d'observation de la forme des expressions verbales amenées par les patientes

Forme					
Brute		Narrée		Question	
Description	Exemples	Description	Exemples	Description	Exemples
Pas de dimension de récit, de narration	« Oui » « Moi aussi » « Ah bon »	Dimension de récit, de narration	« Hier soir, j'ai été au cinéma, ensuite j'ai été au resto »	Interrogation	« Comment vas-tu ? » « Vous y croyiez ? »

Tableau 11 Grille d'observation du contenu des expressions verbales amenées par les patientes.

Contenu		
Catégorie	Description	Exemple
Factuel		
Médical	Relatif au médical	« Mon cancer n'était pas métastaté »
Professionnel	Relatif à la profession	« Je suis infirmière »
Familial	Relatif à la famille	« Je vais rejoindre ma fille »
Conjugal	Relatif au couple, au partenaire	« Je ne sais pas quoi penser de la réaction de mon époux »
Personnel	Relatif à la personne-même et qui ne se retrouve pas dans d'autres catégories	« Je n'ai pas beaucoup de confiance en moi »
Indéfini	N'est pas repris dans une des catégories précédentes	« La semaine prochaine c'est Noël »
Émotionnel		
Peur	Angoisse, sentiment de menace	« Je suis anxieuse »
Tristesse	Chagrin	« Ça me rend triste »
Colère	Sentiment de violence, brutal	« J'étais furieuse »
Joie	Gaité, bonheur	« Je suis heureuse avec lui »
Dégout	Révolusion	« J'avais la nausée »
Indéfini positif	Sentiment positif n'étant pas repris ci-dessus	« C'est si agréable »
Indéfini négatif	Sentiment négatif n'étant pas repris ci-dessus	« J'ai honte »
Neutre	Sans nomination d'émotion	« Je suis coiffeuse »

2.8. Traitement des données et analyses statistiques

2.8.1. Analyse quantitative

Nous avons tout d'abord fait une analyse descriptive de notre population au niveau sociodémographique, psychosocial et médical, afin d'avoir un aperçu global de l'échantillon.

Nous avons créé des deltas (T2-T1) afin de mesurer l'évolution de plusieurs variables : l'anxiété, la dépression, la détresse émotionnelle totale (mesurés par le questionnaire HADS) et l'estime de soi (mesuré par le questionnaire RSE). Nous avons également pris en compte les différentes stratégies de coping (questionnaire WCC). Nous avons alors tenté de voir s'il existait une corrélation entre ces nouvelles variables mesurant l'évolution des sujets et la variable « sentiment d'implication dans le groupe » (mesuré en T2 par le questionnaire de satisfaction sur les interventions) à l'aide de la corrélation de Spearman. Pour finir, nous avons testé la corrélation entre la variable « sentiment d'implication dans le groupe » et les résultats des sujets pour l'anxiété, la dépression et le score total ainsi que pour l'estime de soi et les stratégies de coping. Pour ce faire nous avons appliqué une corrélation de Spearman.

2.8.2. Analyse semi-qualitative

Nous avons créé une grille d'analyse du discours (tableaux 9, 10 et 11) afin d'observer différents paramètres en jeu dans les séances de groupe, en lien avec le don de soi et le soutien à autrui. Ensuite, nous avons fait une analyse descriptive des résultats obtenus. Pour finir, nous avons regardé les différents profils des patientes et nous les avons comparés avec nos hypothèses et sous-hypothèses.

3. Résultats

3.1. Analyse quantitative

3.1.1. Description de la population

Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons choisi de cibler notre analyse quantitative sur l'ensemble des participantes des groupes contrôles (N=56). L'**âge moyen** des participantes est de 51 ans, 46 patientes ont une **origine culturelle** d'Europe occidentale (10 viennent d'ailleurs), 7 ont une **activité professionnelle avant** l'intervention (49 n'en n'ont pas). Néanmoins, *après* l'intervention, 25 ont une activité professionnelle et 23 n'en ont pas. Au niveau de la situation **conjugale**, 35 patientes sont en couple, contre 21 célibataires. *Après* l'intervention, 33 seront en couple, et 23 seront célibataires. 39 participantes ont des **enfants**, 17 n'en ont pas.

Caractéristiques médicales

Les 56 patientes de l'étude ont eu recours à de la **chirurgie** dans le cadre de leurs traitements. Elles ont également toutes eu de la **radiothérapie**. 40 d'entre elles ont eu de la **chimiothérapie** (16 n'en ont pas eu) et 41 suivent une **hormonothérapie** (contre 15 qui n'en suivent pas). Seulement 10 patientes ont eu recours à d'**autres** traitements complémentaires (contre 46).

Les données suivantes sont basées sur une population de 52 participants car certaines données sont manquantes.

Caractéristiques psychosociales

Tableau 12 Moyennes, écarts-types et évolutions (T2-T1) des scores obtenus par les patientes (N=52) à l'HADS, au RSE, à la WCC et au questionnaire de satisfaction concernant le sentiment d'implication dans le groupe

		T1		T2		Δ
		M	ET	M	ET	
Détresse émotionnelle HADS						
Anxiété		7,95	6,81	6,57	5,48	-1,38
Dépression		4,38	3,46	3,77	2,91	-0,61
Total		12,32	10,58	10,34	8,72	-1 ,98
Estime de soi RSE		32,38	31,04	33,20	31,92	0 ,82
Stratégie d'adaptation*						
Centré sur le problème		30,09	28,81			
Centré sur les émotions		19,04	17,51			
Centré sur le soutien		25,07	23,76			
Sentiment d'implication*				6,60	2,69	

*Mesuré une seule fois

3.1.2. Liens entre le sentiment d'implication dans le groupe, rapporté en T2 et l'évolution de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi

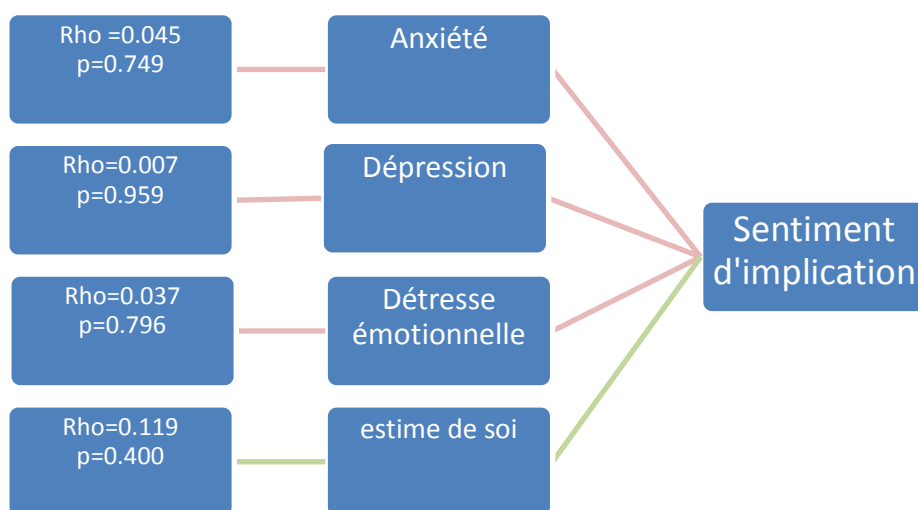


Figure 3 Résultats des tests de Spearman sur le sentiment d'implication rapporté en T2 et l'évolution des scores de la détresse émotionnelle (HADS T2-T1 en rose) et l'évolution de l'estime de soi (RSE T2-T1 en vert). En orange on voit les résultats significatifs (N=52).

Comme nous pouvons le constater sur la figure 3, aucune corrélation entre le sentiment d'implication dans le groupe et l'évolution des différentes variables n'a été significative. De ce fait, nous avons vérifié s'il existait une corrélation entre le sentiment d'implication et la détresse émotionnelle et l'estime de soi en T1, séparément du T2. On trouve également ci-dessous les corrélations avec les stratégies d'ajustement mesurées en T1.

Liens entre le sentiment d'implication dans le groupe, rapporté en T2, et la détresse émotionnelle, l'estime de soi et les stratégies d'adaptation, rapporté en T1

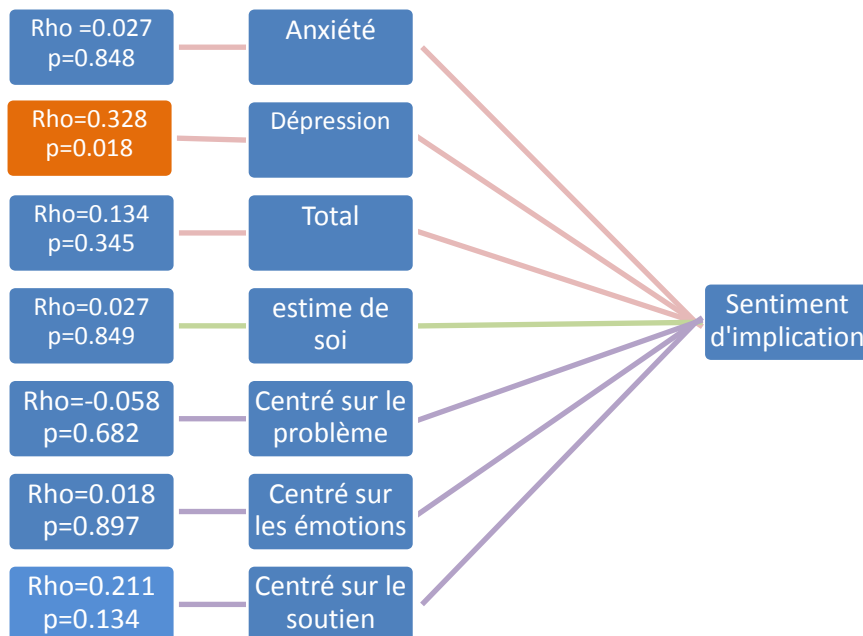


Figure 4 Résultats des tests de Spearman sur le sentiment d'implication rapporté en T2 et les scores de l'anxiété, la dépression et la détresse émotionnelle totale (**HADS** en rose) en T1, l'estime de soi (**RSE** en vert) en T1 et les stratégies d'adaptations (**WCC** en mauve) en T1. En **orange** on voit les résultats significatifs (N=52).

Liens entre le sentiment d'implication dans le groupe, rapporté en T2 et la détresse émotionnelle et l'estime de soi, rapportés en T2

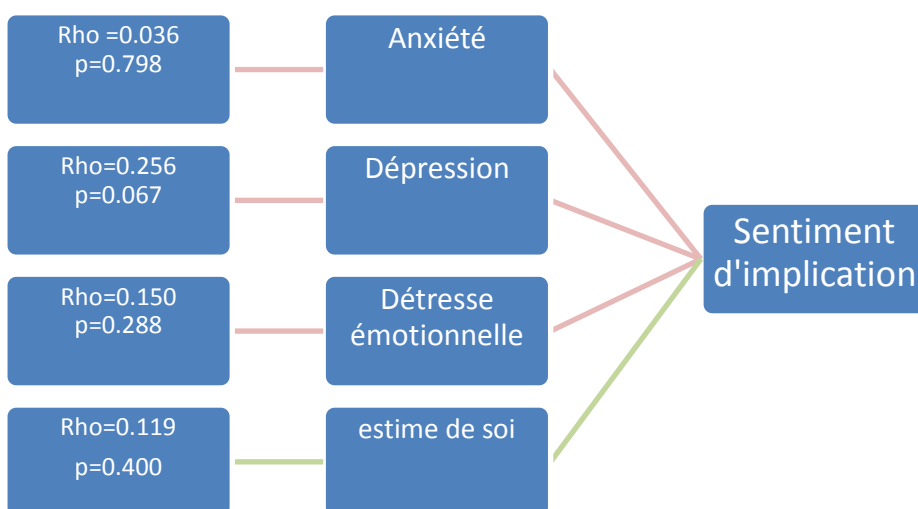


Figure 5 Résultats des tests de Spearman sur le sentiment d'implication rapporté en T2 et les scores de l'anxiété, de la dépression et de la détresse émotionnelle (**HADS** en rose) en T2 et l'estime de soi (**RSE** en vert) en T2. En **orange** on voit les résultats significatifs (N=52).

Nous avons comparé les moyennes d'évolution de l'anxiété, la dépression, la détresse émotionnelle totale et l'estime de soi pour chaque niveau d'implication rapporté.

Tableau 13 Comparaison entre le niveau d'implication rapporté en T2, sur dix et l'évolution (T2-T1) de l'anxiété, de la dépression, de la détresse émotionnelle totale et de l'estime de soi.

	Sentiment d'implication									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anxiété	-2,5	-3,5	-4,5	0	-0,33	-0,83	-1,40	-1,70	-0,13	-2,2
Dépression	-3	-1	-3	0,5	-0,67	1,33	-1,60	-0,5	0	-1,8
Détresse émotionnelle totale	-5,5	-4,5	-7,5	0,5	-0,33	0,50	-3	-2,2	-0,12	-4
Estime de soi	-0,5	-4	-2,5	-2,75	-0,67	-2,33	-2,2	1,1	0,25	1,7
N	2	4	2	4	6	6	6	10	8	10

En vert on voit les améliorations et en rouge les aggravations. Plus la couleur est foncée, plus c'est fort.

3.2. Analyse semi-qualitative

Le groupe A est donc constitué de cinq patientes et le groupe B, de quatre. La population totale de cette analyse semi-qualitative est donc constitué de neuf participantes.

3.2.1. Patientes du groupe A

Mme A

Mme A est âgée de 54 ans, elle est divorcée du père de ses deux enfants adolescents. Elle vit avec son compagnon. Au niveau médical, Mme A a été traitée par tumorectomie et chimiothérapie, elle suit actuellement une hormonothérapie sur cinq ans. Elle reprendra le travail au cours de l'intervention de groupe. Mme A rapporte avoir des difficultés à se confier à son compagnon même s'il a été très soutenant durant la maladie. Elle dit également se sentir incomprise par ses collègues qui la considèrent comme guérie. Mme A signale avoir été voir un psychologue au moins une fois entre l'entretien en T1 et celui en T2.

C'est la première participation de Mme A à un groupe de parole. Elle espère trouver, au cours des séances, des personnes avec qui discuter de thèmes tabous, tel que la peur de la récurrence. Elle aimerait également apprendre des techniques de gestion d'angoisse, mieux comprendre sa maladie et mettre en commun des conseils, au travers du partage avec les autres participantes. Mme A rapporte un score de 8 en T1 pour l'anxiété à l'HADS, elle arrive à un score de 5 en T2. Son score de dépression à

l'HADS est de 2 en T1 et 1 en T2. Son score de détresse émotionnel total s'élève donc à 10 en T1 et à 6 en T2. Quant à son estime de soi au RSE, elle est à 31, ce score ne varie pas en T2. La patiente ne présente pas d'alexithymie au TAS.

Lors de l'intervention Mme A exprime principalement de la **peur** (11,7% sur 14,2% d'expression émotionnelle) « *moi c'est plutôt de laisser les enfants qui me fait peur* » (séance 1), « *ça m'a fait très peur par rapport à l'hormonothérapie* » (séance 1), « *parfois ne pas savoir ça angoisse plus* » (séance 2). La forme de l'expression verbale de Mme A est majoritairement **narrée** (51,2%). La fonction que l'on retrouve le plus chez Mme A est celle du **don de soi** (75,1%), c'est-à-dire que Mme A raconte son vécu et dévoile ses idées plus qu'elle ne soutient les autres membres du groupe (24,9%). Concernant le don de soi, Mme A raconte beaucoup son **vécu** « *je suis fatiguée en ce moment alors que je travaille seulement deux jours et demi, trois jours par semaine (...) et ça casse quoi* » (séance 9). Ces récits de vécu concernent souvent les thérapies alternatives qui l'ont aidée à traverser sa maladie et dans quoi elle comptait se reconverter. Le dévoilement factuel de soi (18,6%), l'accord (17,7%) et l'opinion (15,8%) sont utilisés à peu près dans la même mesure par Mme A. Notons que la patiente n'utilise jamais la détente dans son expression verbale (0%). Pour ce qui est du **soutien à autrui**, il s'élève à 24,9% et n'est que très rarement composé d'entraide (0,5%) et d'initiative (1%). Dans une logique croissante, la solidarité vient ensuite (2,9%), suivie de la suggestion (4,9%), l'orientation (6,8%) et l'interrogation (8,8%) qui est la variable du soutien à autrui la plus fréquemment observée. Son taux d'expression verbal (205). Mme A a participé à 6/12 séances.

Mme A affirme avoir appris à reprendre confiance en elle (5/5), à exprimer ses émotions (4/5) et à partager son ressenti (4/5). Elle considère s'être impliquée dans le groupe à 6/10 (sur une échelle de Lickert allant de *pas du tout* à *beaucoup*).

Mme B

Mme B a 58 ans lors de l'intervention. Elle habite avec son époux et père de sa fille (jeune adulte). Mme B a subi une tumorectomie, une chimiothérapie et une radiothérapie, elle n'a pas d'hormonothérapie. Notons que lors de son opération, un cancer du rein a également été détecté. Au cours de l'intervention, la patiente reprend le travail. Mme B dit qu'elle ne s'entend pas très bien avec sa fille, depuis des années, et que son époux manque d'écoute. Cependant elle précise avoir été fortement soutenue par sa mère et par une amie lors des traitements. Mme B déclare avoir été voir au moins

un psychologue et un psychiatre entre l'entretien en T1 et celui en T2.

Mme B a déjà participé à un groupe de parole autour de la ménopause, elle aimerait utiliser le groupe pour s'exprimer et extérioriser ses angoisses. Lors de la passation de l'HADS en T1 la patiente obtient un score d'anxiété de 10. En T2 elle présentera un score de 8. Son score de dépression à l'HADS est de 6 en T1 et de 8 en T2. Son score total de détresse émotionnelle est de 16 en T1 et en T2. Quant à son estime de soi au RSE, il est de 26 en T1 et de 30 en T2. Pour finir, la patiente ne présente pas d'alexithymie au TAS.

Lors de l'intervention, on a observé un taux d'expression émotionnelle de 2,7% chez Mme B dont 1,5% était de la **peur** « *elle [la fille de Mme B] n'a peur de rien c'est ça qui me fait peur* » (séance 4). En effet, la fille de Mme B va travailler trois mois à l'étranger lors de l'intervention, Mme B ira la rejoindre quelque temps. La forme de ses expressions verbales est principalement **brute** (58,8%;30,9 % narrée ; 10,3% questions). Mme B a **donné d'elle-même** dans 70% de ses expressions verbales, le reste étant composé de 30% de **soutien à autrui**. Au niveau du don de soi, Mme B a principalement raconté son vécu (27,1%) « *et moi je l'ai fais mais j'étais seule (...) elle a pris le rôle de ma fille et ça m'a secouée, ça m'a secouée* » (séance 11) et donné son opinion personnelle (20,5%) « *dans un couple c'est difficile quand même, parce qu'ils sont habitués et quand on dit non ils prennent ça pour de l'égoïsme* » (séance 11). Les autres éléments composants le don de soi apparaissent moins souvent (dévoilement factuel de soi 13% ; accord 9,4% ; détente 6,4%). Quant au soutien à autrui, il est essentiellement composé d'orientation (12,4%) et de questions aux autres participantes (10,3%) « *il a quel âge ? [à propos du frère d'une patiente]* » (séance 11). Les autres éléments composants le soutien à autrui apparaissant nettement moins fréquemment (solidarité 2,9%, suggestion 4,4%, entraide et initiative chacun 0%). Mme B fait 660 expressions verbales et est présente à toutes les séances (12/12).

Mme B déclare avoir appris au cours de l'intervention à exprimer ses émotions, à se sentir mieux au niveau psychologique et à partager son ressenti (tout trois un score de 4/5 sur une échelle de Lickert de *pas du tout* à *beaucoup*). Elle dit aussi s'être impliquée dans le groupe à 8/10 (échelle de Lickert).

Mme C

Mme C a 65 ans lors de l'intervention, elle vit avec son mari avec qui elle a trois enfants d'âge adulte. Mme C a subi une tumorectomie, une radiothérapie et suit une hormonothérapie. Elle est retraitée mais a travaillé durant 40 ans avec de très jeunes enfants, ce qui lui fait un point commun avec Mme E qui a le même métier. Mme C a été soutenue par sa fille et son époux durant les traitements. Elle déclare n'avoir rencontré ni psychologue ni psychiatre entre l'entretien en T1 et celui en T2.

Mme C participe au groupe car elle a besoin de soutien à long terme et souhaite trouver un lieu où exprimer son vécu. La patiente rapporte un taux de 13 en termes d'anxiété à l'HADS en T1 et de 8 en T2. Son taux de dépression à l'HADS, passe de 6 en T1 à 2 en T2. Ainsi, son score de détresse total s'élève à 19 en T1 et à 10 en T2. Quant à son estime de soi au RSE, il est de 20 en T1 et de 27 en T2. Pour finir, ajoutons que la patiente ne présente pas d'alexithymie au TAS.

Lors de l'intervention on observe que les expressions verbales de Mme C sont à 5,8% émotionnelles, et principalement de la **peur** (4,3%) « *moi la mort me fait peur et j'y pense souvent le soir dans mon lit. Mais c'est pas tellement la mort, en fait c'est perdre mes proches surtout. Ça fait très peur* » (séance 1). Notons que Mme C s'est très peu exprimée dans le groupe, malgré sa présence régulière (11/12 séances). Elle s'explique en disant qu'elle préfère être à l'écoute « *ça me fait du bien* » (séance 2). Elle atteint d'ailleurs un taux de 17,3% d'accord avec les autres patientes, repris dans son taux total de **don de soi** qui s'élève à 81,7%. Les autres éléments constituant le don de soi sont, dans l'ordre croissant : le dévoilement factuel de soi (25%), « *j'ai peur que ça revienne* » (séance 7), le récit de vécu (23,1%), l'opinion (16,3%) et la détente (0%). Quant au **soutien à autrui**, Mme C atteint les 18,2%. Elle a principalement posé des questions (7,2%). L'orientation (6,3%), la suggestion (2,8%), la solidarité (1,4%), l'initiative (0,5%) et la détente (0%) atteignant des taux moins élevés. Notons que Mme C est parmi les patientes qui ont eu le moins d'expressions verbales dans le groupe (208). Elle a été présente à 10 séances sur 12.

Mme C rapporte avoir appris à avoir plus confiance en elle, à plus exprimer ses émotions et son ressenti grâce au groupe (scores de 4/5 sur une échelle de Lickert allant de *pas du tout* à *beaucoup*). De plus, elle affirme s'être investie dans le groupe à un taux de 6/10 (sur une échelle de Lickert).

Mme D

Mme D est âgée de 38 ans lors de l'intervention. Elle est célibataire et n'a pas d'enfant. Mme D a subi une mastectomie, une chimiothérapie et une radiothérapie. Elle suit une hormonothérapie lors des groupes. Elle travaille à mi-temps dans un bureau. Mme D rapporte avoir été soutenue par sa famille lors des traitements. La patiente déclare n'avoir rencontré ni psychologue ni psychiatre entre le premier (T1) et le deuxième (T2) entretien.

Mme D participe au groupe car elle souhaite rencontrer des personnes qui ont vécu les mêmes situations qu'elle et parce qu'elle aimerait partager son expérience personnelle. Elle en profite également pour aborder des sujets tabous dans son entourage et pour contrer la solitude. En T1 la patiente a un score de 7 pour l'anxiété à l'HADS qui passe à 4 en T2. Elle a un score de 3 pour la dépression en T1 qui passe à 2 en T2. Ainsi, son score de détresse émotionnelle totale s'élève à 10 en T1 et à 6 en T2. Quant à son estime de soi, Mme D rapporte un score de 31 en T1 et de 36 en T2. Pour finir, notons que Mme D ne présente pas d'alexithymie au TAS.

Lors de l'intervention, Mme D sera aux prises avec des conflits familiaux qui seront longuement discutés en groupe. Elle est d'ailleurs émise 667 expressions verbales. Mme D a rapporté 4,9% d'expression émotionnelle, dont la majorité révélait de la **peur** (1,8%). Elle a utilisé principalement une forme **brute** dans ses interventions (57,6% contre 38,7% de narration ; question ???). Quant au **don de soi**, il s'élève à 85,6% ce qui est le taux le plus élevé observé dans les groupes. La patiente a surtout raconté son vécu (33%), elle s'est souvent dévoilé de manière factuelle (18,6%) et elle a également beaucoup montré son accord (15,8%), surtout envers Mme E en qui elle se reconnaissait « *on a vécu la même chose* [en parlant de ses problèmes familiaux] » (séance 10), « *j'ai exactement la même chose* » (séance 5). La détente, quant à elle, n'est presque jamais apparue (0,5%). Au niveau du **soutien d'autrui**, le taux de Mme D est très bas (14,1%), et se compose essentiellement d'orientations (7,9%), de questions (3,7%) et de solidarité (1,5%). Les autres éléments composant la solidarité étant bien moins fréquents (suggestion 0,9% initiative 0,1% et entraide 0%). Elle est parmi les patientes chez qui on a observé le plus d'expressions verbales (667). Mme D était présente à 11 séances sur 12.

Mme D rapporte avoir appris à exprimer ses émotions et à partager son ressenti lors des séances de groupe (tous deux 4/5 sur une échelle de Lickert allant de *pas du tout* à *beaucoup*). Elle dit également se sentir mieux au niveau psychologique (4/5

aussi). Mme D dit s'être impliquée à 6/10, sur une échelle de Lickert, dans le groupe.

Mme E

Mme E a 33 ans, elle est d'origine étrangère et a été adoptée très rapidement après sa naissance. Elle vit avec son compagnon et n'a pas d'enfant. Mme E a subi une chimiothérapie, une mastectomie et une radiothérapie. Elle est sous hormonothérapie lors des séances de groupe. La patiente travaille à mi-temps avec de très jeunes enfants. La patiente affirme n'avoir bénéficié que du soutien de sa mère durant les traitements. Mme E est suivie individuellement et en couple en dehors de l'institut Bordet.

La patiente n'a jamais participé à une intervention de groupe auparavant. Elle souhaite donner des conseils aux autres, partager son expérience et trouver des gens auprès de qui elle peut se sentir comprise. Mme E rapporte un score de 9 en T1 en ce qui concerne l'anxiété à l'HADS, et un score de 5 en T2. Quant à son score de dépression, il reste à 3 en T1 et en T2. Ainsi, son score total de détresse émotionnelle s'élève à 12 en T1 et à 8 en T2. L'estime de soi est de 34 en T1 et de 29 en T2. La patiente ne présente pas d'alexithymie au TAS.

Lors des séances, Mme E a rapporté un taux d'expression émotionnelle de 8,3%, dont 4% était composé de **peur** « *même si ça fait toujours peur* » (séance 8), « *moi ce qui me fait peur c'est pas le fait d'être opérée mais plutôt que l'opération soit lourde* » (séance 8), « *je comprends pas pourquoi j'ai peur de tout* » (séance 8). Mme E utilise principalement la forme **brute** dans ses expressions verbales (47,5%) mais le taux est presque équivalent à son taux de forme **narrée** (46,3%). Au niveau du **don de soi**, Mme E a un taux assez élevé comparé aux autres patientes (81,7%), avec principalement du récit de vécu (41,6%) et des partages d'opinion (12,6%) « *j'ai l'impression qu'on faisait pas ça avant, que maintenant on ose plus* » (séance 11). La fréquence de la variable opinion s'élève à 12,6%, celle de l'accord à 13,1% et celle de la détente à 0%. Quant au **soutien à autrui**, il s'élève à 18,3% dont 6,2% est composé de questions. Mme E rapporte un taux élevé de solidarité (2,5%) et d'initiatives (2,2%). Notons que son taux d'orientation s'élève à 5,4%, son taux de suggestion à 2% et son taux d'entraide à 0%. Mme E est dans la moyenne concernant son taux d'expressions verbales en groupe (404). Mme E était présente à 10 séances sur 12.

Mme E affirme que le groupe lui a permis de s'améliorer au niveau

psychologique (4/5 sur une échelle de Lickert allant *de pas du tout* à *beaucoup*). Elle affirme également s'être impliquée à 5/10 (sur une échelle de Lickert).

3.2.2. Patientes du groupe B

Mme H

Mme H a 38 ans et vit avec son compagnon, elle n'a pas d'enfant. Elle abordera d'ailleurs souvent le sujet en cours de séance. En effet, Mme H a peur de se devenir stérile au terme de ses cinq années d'hormonothérapie. Elle a également été traitée par chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. La patiente reprendra le travail au cours de l'intervention. Mme H déclare avoir rencontré un psychologue et un psychiatre entre l'entretien en T1 et celui en T2.

Mme H souhaite utiliser le groupe pour l'aider à se reconstruire au travers de la parole. Le score de la patiente au niveau de l'anxiété pour l'HADS est de 5 en T1 et de 3 en T2. Pour la dépression à l'HADS son score est de 2 en T1 et de 5 en T2. Son score total de détresse émotionnelle à l'HADS est donc de 7 en T1 et de 8 en T2. L'estime de soi au RSE de Mme H, quant à lui, passe d'un score de 23 en T1 à un score de 29 en T2. Pour finir, notons que la patiente ne présente pas d'alexithymie au TAS.

Mme H a eu beaucoup d'expressions verbales durant les groupes (664), elle a d'ailleurs été présente à toutes les séances (15/15). Mme H a la particularité d'avoir un contenu factuel fortement **personnel** (20,2%). Au niveau de l'expression émotionnelle, Mme H fait un taux de 27,4% dont 21,5% est de la **joie**. En effet, Mme H a fait beaucoup de plaisanteries lors des séances de groupe « *les médecins et les infirmières sont les plus difficiles à soigner !* » (séance 2). Elle a utilisé plus souvent la **narration** dans ses propos (65,4%), la forme brute (27,4%) et les questions (7,4%) étaient bien moins présentes. Quant au **don de soi**, il s'élève à 80,9%, c'est le récit de vécu qui est le type de don de soi le plus fréquent (25,8%) « *Et alors ?! Ça va ?! T'es pas trop fatiguée ??? Ça fait un an qu'on me bassine avec ça...* » (séance 1), suivit par la fonction de détente (19,1%), du fait de ces blagues récurrentes. Les autres types de don étant moins présents (opinion 16,4% ; dévoilement factuel de soi 14,9% ; 4,7%). En ce qui concerne le **soutien à autrui**, il s'élève à 19,1%. La forme de soutien est le plus souvent la question (7,6%), ensuite vient l'orientation (8%), la suggestion (0,2%), la solidarité (1,8%) et l'initiative (1,5%).

Mme H rapporte avoir appris à avoir confiance en elle et à se sentir mieux au niveau psychologique durant l'intervention (4/5 sur une échelle de Lickert allant de *pas du tout* à *beaucoup*). Elle ajoute également avoir appris à partager son ressenti (5/5 sur la même échelle). Mme H déclare s'être impliquée dans le groupe à raison de 8/10 (sur une échelle de Lickert).

Mme J

Mme J est âgée de 60 ans. Elle a déjà eu un cancer dix ans auparavant et partage souvent son expérience de retour à la vie lors de ce premier cancer avec les autres participantes « *on croit qu'on est guérie au bout de cinq ans* » (séance 1), « *la deuxième fois est plus dure que la première* » (séance 1). Mme J est à la retraite, elle vit avec son compagnon. Elle ratera quelques séances de groupe car elle rejoindra son fils qui vit à l'étranger et qu'elle n'a pas vu depuis plusieurs années. Mme J participe déjà aux groupes de parole prévus par le plan cancer, elle souhaite néanmoins trouver un lieu où partager, s'exprimer, recevoir et donner des conseils, afin d'apprendre comment les autres font pour se reconstruire. « *On [la maladie] touche à toute ma vie : à ma personne, à mon corps, à ma sexualité, à toute ma vie intime* » (séance 11)

Mme J a un score d'anxiété et de dépression de 4 en T1. Ces scores passent respectivement à 2 et 3 en T2. Quant à son estime de soi, il est de 37 autant en T1 qu'en T2. Notons que la patiente ne présente pas d'alexithymie au TAS.

Mme J parle presque autant de thèmes médicaux (15,5%) que personnels (15,9%). Quant au contenu émotionnel, il est présent à 18,8%, de la **joie** (18,2%). En effet, Mme J fait énormément de plaisanteries lors des séances de groupe « *c'est l'un des bienfaits de la maladie !* » (séance 1). La forme principale de son expression verbale est **narrée** (56,5% ; brute 32,4% ; question 11,1%). Quant au **don de soi**, le taux de la patiente s'élève à 72%, avec principalement des expressions d'opinions (24%) « *à l'annonce on n'y croit pas puis il y a la première analyse et on ne veut pas comprendre* » (séance 1), viennent ensuite la détente (15,4%), le dévoilement factuel de soi (5,9%) et l'accord (3,1%). Le **soutien à autrui** s'élève à 28%, ce qui est un des taux les plus élevés observés. La forme principale de soutien utilisée est l'orientation (12,8%), suivie de l'interrogation (11,1%) « *Et vous c'est physique aussi ?* » (séance 1), l'orientation (1,2%), l'initiative (0,7%) et l'entraide (0,1%). Mme J présente un très haut taux d'expressions verbales (741). Elle a été présente à 11/15 séances.

Mme J rapporte avoir appris à avoir un meilleur bien-être psychologique, à plus exprimer ses émotions et à partager son ressenti durant l'intervention (5/5 sur une échelle de Lickert allant de *pas du tout* à *beaucoup*). Elle affirmera également avoir appris à donner du sens à ce qui lui arrive (4/5 sur la même échelle). Au niveau de l'implication, la patiente déclarera s'être investie à raison de 10/10 dans le groupe (sur une échelle de Lickert).

Mme K

Mme K est âgée de 45 ans. Elle est d'origine étrangère. Elle est mariée et a deux enfants assez jeunes, elle ne travaille pas durant la période de l'intervention mais a une expérience et une formation dans le milieu médical « *se retrouver de l'autre côté de la barrière c'est difficile* » (séance 1). Durant l'intervention elle aura des nouvelles douleurs qui entraîneront des examens médicaux à plusieurs reprises et quelques absences aux séances de groupe. Aucun nouveau cancer ne sera décelé, mais des opérations à répétitions seront programmées et un problème au rein sera diagnostiqué indépendamment des douleurs. Mme K déclare avoir rencontré un psychologue entre l'entretien en T1 et celui en T2.

Le score d'anxiété de Mme K est de 11 en T1 et de 13 en T2. Quant à son score de dépression, il est de 4 en T1 et de 8 en T2. Son score de détresse émotionnelle totale en T1 s'élève à 15 et à 21 en T2. Le score d'estime de soi de la patiente en T1 est de 33 et de 31 en T2. Notons que la patiente ne présente pas d'alexithymie au TAS.

Lors de l'intervention, Mme K a eu 494 expressions verbales et a été présente 8/15 séances. Mme K parle assez fréquemment d'elle-même durant les séances (20,6%). Quant au contenu émotionnel, il est présent dans 22,6% d'expressions verbales, avec principalement de la **joie** (11,7%). La forme de ses expressions verbales est principalement **narrée** (74,4% ; brute 22,6% ; question 3%). Au niveau du **don de soi** il s'élève à 80%, c'est le récit de vécu qui le plus observé à raison de 34,1% « *Moi je ne crois pas que je culpabilise... Ça me rend triste ! Y a deux ans ça allait, mais là...* » (séance 1). Viennent ensuite l'expression d'opinion (22,9%), le dévoilement factuel de soi (10,5%), la détente (9,3%) et l'accord (3,2%). Quant au **soutien à autrui**, il s'élève à 20%. Sa forme la plus fréquente est l'orientation (13,1%), suivie de la suggestion (1,6%), l'interrogation (3%), la solidarité (0,8%), l'initiative (0,6%) et l'entraide (0,4%).

Mme K affirme avoir appris à avoir confiance en soi et à partager son ressenti

durant l'intervention (tout deux à 4/5 sur une échelle de Lickert allant de *pas du tout* à *beaucoup*). Elle déclare également s'être impliquée à raison de 8/10 (sur une échelle de Lickert).

Mme L

Mme L a 56 ans, elle est d'origine étrangère, elle voyage beaucoup à travers le monde. Elle vit seule et a des enfants aujourd'hui adultes, elle est à la retraite « *quand y en a un qui est malade c'est nous tous [la famille] qui est malade ! Parce que, chez nous, je sens le même amour pour ma fille que pour la fille de ma sœur* » (Séance 11). Mme L a subi une chimiothérapie, une radiothérapie et de la chirurgie. La patiente déclare n'avoir rencontré ni psychologue ni psychiatre entre l'entretien en T1 et celui en T2.

Son score d'anxiété est de 2 en T1 et en T2. Son score de dépression est de 7 en T1 et de 9 en T2. Ainsi, son score total de détresse émotionnelle en T1 est de 9 et de 11 en T2. Quant à son estime de soi, il est au maximum en T1 et en T2 40. Notons que la patiente ne présente pas d'alexithymie au TAS.

Lors de l'intervention, Mme L nous avons observé un taux d'expression émotionnelle de 12,9%, dont 9,3% était de la **joie**. Mme L utilise principalement une forme **narrée** dans ses expressions (62,8% ; brute 25,6%, question 11,4%). Son taux de **don de soi** s'élève à 72,9%, avec, comme forme principale, le récit de vécu (28,4%) « *Comme je suis quelqu'un qui n'aime pas cracher la nourriture, parce que ça me dégoûte, c'était infernal* » (séance 11), suivie de l'opinion (22%), du dévoilement factuel de soi (11,9%), de la détente (6,7%) et de l'accord (3,9%). Quant au **soutien à autrui**, il s'élève à 27,1%. C'est l'orientation (13,4%) qui est la forme de soutien la plus observée, suivie de l'interrogation (11,4%), de la solidarité (1,6%), de la suggestion (0,5%), de l'initiative (0,3%) et de l'entraide (0%). On observe 387 expressions verbales pour Mme L durant l'intervention. Mme L était présente à 8 séances sur 12.

Mme L affirme avoir appris à donner du sens à sa situation, à avoir confiance en elle, à exprimer ses émotions, à se sentir mieux au niveau psychologique et à partager son ressenti durant l'intervention (tous à 5/5 sur une échelle de Lickert allant de *pas du tout* à *beaucoup*). Elle déclarera également s'être impliquée à raison de 10/10 dans l'expérience de groupe (sur une échelle de Lickert).

3.2.3. Synthèse des données

3.2.3.1. Synthèses des données en relation avec l'hypothèse générale

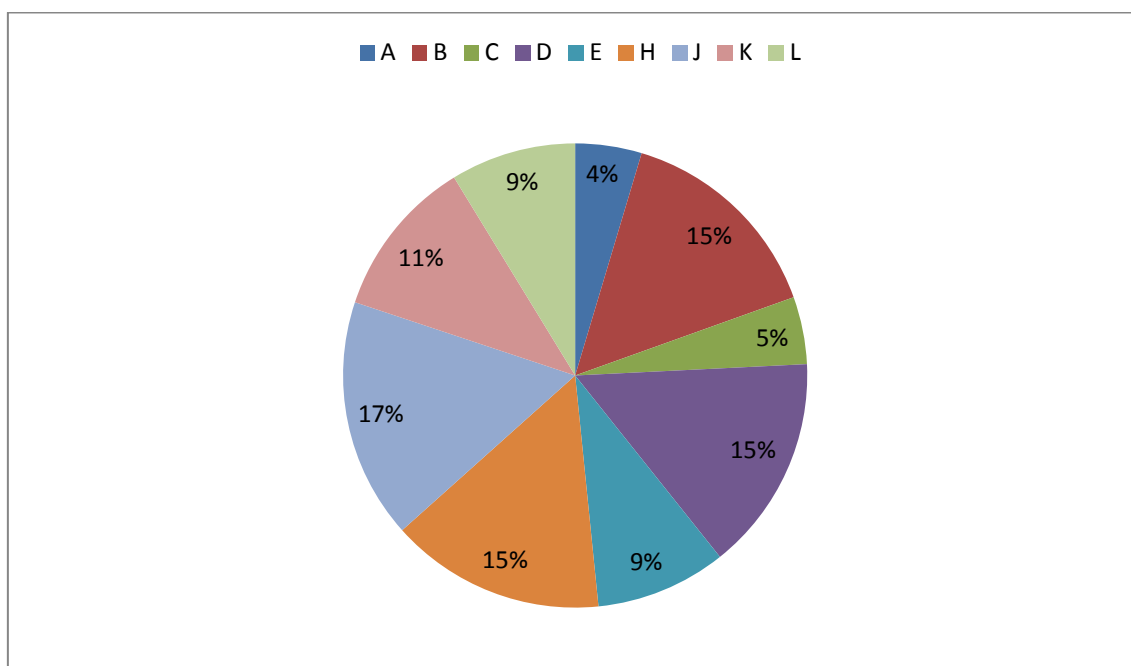


Figure 1 Nombre d'expressions verbales par patiente

Synthèse des données en relation avec le don de soi, le soutien à autrui et la détresse émotionnelle, l'estime de soi

Tableau 14 Comparaison entre détresse émotionnelle (T2-T1), estime de soi (T2-T1), don de soi, soutien à autrui, nombre d'expression verbale et présences.

	Détresse	Estime	Don de soi		Soutien aut.		Express. v.	Présences
	Δ	Δ	N	%	N	%		
A	-4	0	154	75,1	51	24,9	205	6/12
B	0	+4	356	70	198	30	660	12/12
C	-9	+7	170	81,7	38	18,3	208	10/12
D	-4	+5	572	85,6	95	14,4	667	11/12
E	-4	-5	320	81,7	84	18,3	404	10/12
H	+1	+6	428	80,9	236	19,1	664	15/15
J	-3	0	534	72	207	28	741	11/15
K	+6	-2	442	80	52	20	494	8/15
L	+2	0	282	72,9	105	27,1	387	8/15

Les cases en rouge signifient une aggravation et celles en vert une amélioration. Les cases en bleues foncées désignent les sujets chez qui on s'attend à trouver une amélioration au niveau de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi. Chez celles en bleu plus clair on s'attend à un plus petit effet.

Comme le montre le tableau 14, les patientes A, C, D, E, H et J ont vu leur détresse émotionnelle s'améliorer entre le T1 et le T2, contrairement à Mme K et Mme L chez qui la détresse s'est agrandie. Sur le tableau apparaît également Mme B, C, D et H ont une meilleure estime de soi en T2 qu'en T1. Nous nous attendons à une amélioration chez Mme B, Mme J et Mme L, peut-être Mme A car elles présentent un ratio soutien à autrui et don de soi proche ou égale à notre hypothèse : 30% soutien à

autrui, 70% don de soi.

Nous avons également comparé l'évolution de la détresse émotionnelle, pour l'anxiété, séparément de la dépression, comme on peut le voir au tableau 15.

Tableau 15 Comparaisons entre anxiété, dépression (T2-T1), estime de soi (T2-T1), don de soi, soutien à autrui, nombre d'expression verbale et présences.

	Anxiété		Dépression		Estime		Don de soi		Soutien à autrui	
	Δ		Δ		Δ		N	%	N	%
A		-3		-1		0	154	75,1	51	24,9
B		-2		+2		+4	356	70	198	30
C		-5		-4		+7	170	81,7	38	18,3
D		-3		-1		+5	572	85,6	95	14,4
E		-4		0		-5	320	81,7	84	18,3
H		-2		+3		+6	428	80,9	236	19,1
J		-2		-1		0	534	72	207	28
K		+2		+4		-2	442	80	52	20
L		0		+2		0	282	72,9	105	27,1

Les cases en rouge signifient une aggravation et celles en vert une amélioration. Les cases en bleues foncées désignent les sujets chez qui on s'attend à trouver une amélioration au niveau de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi, celles en bleu clair une amélioration un peu moindre.

Synthèse des données en relation avec le sentiment d'implication et la détresse émotionnelle et l'estime de soi

Tableau 16 Le sentiment d'implication dans le groupe rapporté en T2 comparé à l'évolution de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi

	Détresse émotionnelle			Estime de soi Δ	Sentiment d'implication	Expression verbales	Présences
	Anxiété	Dépression	Total				
A	-3	-1	-4	0	6/10	205	6/12
B	-2	+2	0	+4	8/10	544	12/12
C	-5	-4	-9	+7	6/10	208	10/12
D	-3	-1	-4	+5	8/10	667	11/12
E	-4	0	-4	-5	5/10	404	10/12
H	-2	+3	+1	+6	8/10	664	15/15
J	-2	-1	-3	0	10/10	741	11/15
K	+2	+4	+6	-2	8/10	494	8/15
L	0	+2	+2	0	10/10	387	8/15

Les cases en rouge signifient une aggravation et celles en vert une amélioration. Les cases en bleues foncées désignent les sujets chez qui on s'attend à trouver une amélioration au niveau de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi, celles en bleu clair une amélioration un peu moindre.

Quant au don de soi, il s'est amélioré pour Mme B, Mme C, Mme D et Mme H. Nous nous attendons à trouver un effet chez Mme B, D, H et K, et un effet plus grand encore chez Mme J et Mme L car ce sont des patientes qui ont à avoir rapporté un sentiment d'implication dans le groupe très élevé.

Synthèse des données en relation avec le sentiment d'implication, le don de soi et le

Tableau 17 Le sentiment d'implication dans le groupe rapporté en T2 comparé au don de soi et au soutien à autrui observé durant l'intervention

	Don de soi		Soutien à autrui		Sentiment implication	Expressions verbales	Présences
	N	%	N	%			
A	154	75,1	154	24,9	6	205	6/12
B	462	70	198	30	8	660	12/12
C	170	81,7	38	18,3	6	208	10/12
D	572	85,6	95	14,4	8	667	11/12
E	320	81,7	84	18,3	5	404	10/12
H	428	80,9	236	19,1	8	664	15/15
J	534	72	207	28	10	741	11/15
K	442	80	52	20	8	494	8/15
L	282	72,9	105	27,1	10	387	8/15

Les cases en bleues foncées désignent les sujets chez qui on s'attend à trouver un sentiment d'implication élevé, et celles en bleu clair un sentiment un peu moindre.

Comme nous pouvons le constater sur le tableau 17, les patientes ayant rapporté un taux proche du ratio 70% / 30% sont Mme B, Mme J et Mme L, peut-être Mme A. Mme J et Mme L sont les patientes qui ont le sentiment d'implication le plus élevé.

3.2.3.2. Synthèses des données en relation avec l'intervention

Les éléments composant le don de soi en relation avec la détresse émotionnelle et l'estime de soi

	Récit de vécu		Accord		Opinion		Dévoilement factuel. soi		Détente		Détresse émotionnelle	Estime de soi
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Δ	Δ
A	91	44,4	13	6,4	19	14,1	21	10,2	0	0	-4	0
B	179	27,1	62	9,4	135	20,5	86	13	0	0	0	+4
C	48	23,1	34	16,3	36	17,3	52	25	0	0	-9	+7
D	220	33	106	15,8	118	17,7	124	18,6	4	0,5	-4	+5
E	168	41,6	43	13,1	51	12,6	58	14,4	0	0	-4	-5
H	171	25,8	31	4,7	109	16,4	99	14,9	127	19,1	+1	+6
J	175	23,6	23	3,1	178	24	44	5,9	114	15,4	-3	0
K	170	34,1	16	3,2	113	22,9	52	10,5	46	9,3	+6	-2
L	110	28,4	15	3,9	85	22	46	11,9	26	6,7	+2	0

Tableau 18 Comparaison entre les éléments composant le don de soi

En **bleu foncé** on peut voir les patientes chez qui on s'attend à une grande amélioration dans la détresse émotionnelle et l'estime de soi, en **bleu plus clair**, celles chez qui on attend un changement modéré et en **bleu très clair**, celles chez qui on attend la moins grande différence. Les cases en **vert** représente une amélioration et celle en **rouge** une détérioration.

Nous nous attendons une plus grande amélioration au niveau de la détresse émotionnelle et l'estime de soi chez Mme A, Mme C, Mme D, Mme E et Mme K. Pour Mme B, nous attendons un effet un peu plus modéré et chez Mme H un effet moindre. Ces patientes sont celles à avoir présenté le plus de récit de vécu et d'accord, qui sont les éléments les plus influant dans le don de soi, d'après notre hypothèse.

Les éléments composants le soutien à autrui en relation avec la détresse émotionnelle et l'estime de soi

Tableau 19 Les éléments composants le soutien à autrui comparé à l'évolution de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi

	Entraide		Initiative		Solidarité		Suggestion		Orient.		Intérro		Dét	Esti
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Δ	Δ
A	1	0,5	2	1	6	2,9	10	4,9	14	6,8	18	8,8	-4	0
B	0	0	0	0	19	2,9	29	4,4	82	12,4	68	10,3	0	+4
C	0	0	1	0,5	3	1,4	6	2,8	13	6,3	15	7,2	-9	+7
D	0	0	1	0,1	10	1,5	6	0,9	53	7,9	25	3,7	-4	+5
E	0	0	9	2,2	10	2,5	8	2	22	5,4	25	6,2	-4	-5
H	1	0,2	10	1,5	12	1,8	1	0,2	53	8	50	7,6	-1	+6
J	1	0,1	5	0,7	15	2	9	1,2	95	12,8	82	11,1	-3	0
K	2	0,4	3	0,6	4	0,8	8	1,6	61	13,1	15	3	+6	-2
L	0	0	1	0,3	6	1,6	2	0,5	52	13,4	44	11,4	+2	0

En **bleu foncé** on peut voir les patientes chez qui on s'attend à une grande amélioration dans la détresse émotionnelle et l'estime de soi, en **bleu plus clair**, celles chez qui on attend un changement modéré et en **bleu très clair**, celles chez qui on attend la moins grande différence. Les cases en **vert** représente une amélioration et celle en **rouge** une détérioration.

Comme l'indique le tableau 19, nous attendons la plus grande amélioration au niveau de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi chez Mme E et Mme H ainsi qu'un effet moyen chez Mme A et B. Nous attendons un effet un peu moindre chez Mme K et Mme L. Ces patientes sont celles à présenter le plus d'entraide et d'initiatives qui sont les éléments les plus influant du don de soi, d'après notre hypothèse.

La narration en relation avec la détresse émotionnelle et l'estime de soi

Tableau 20 La forme de l'expression verbale comparée à l'évolution de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi (T2-T1)

	Brute		Narrée		Question		Détresse Emotionnelle	Estime de soi
	N	%	N	%	N	%	Δ	Δ
A	82	40	105	51,2	18	8,8	-4	0
B	388	58,8	204	30,9	68	10,3	0	+4
C	127	61,1	66	31,7	15	7,2	-9	+7
D	384	57,6	258	38,7	25	3,7	-4	+5
E	192	47,5	187	46,3	25	6,2	-4	-5
H	182	27,4	433	65,4	49	7,4	+1	+6
J	240	32,4	419	56,5	82	11,1	-3	0
K	112	22,6	367	74,4	15	3	+6	-2
L	99	25,6	244	63	44	11,4	+2	0

En **bleu foncé** on peut voir les patientes chez qui on s'attend à une grande amélioration dans la détresse émotionnelle et l'estime de soi, en **bleu plus clair**, celles chez qui on attend un changement modéré et en **bleu très clair**, celles chez qui on attend la moins grande différence. Les cases en **vert** représente une amélioration et celle en **rouge** une détérioration.

Comme l'indique le tableau 20, nous nous attendons à une amélioration de la

détresse émotionnelle et de l'estime de soi principalement chez les patientes du groupe B : Mme H, Mme K et Mme L. Ce sont les patientes à avoir présenté les plus hauts taux de narration durant l'intervention.

L'expression émotionnelle en relation avec la détresse émotionnelle et l'estime de soi

Tableau 21 L'expression émotionnelle durant l'intervention comparée à l'évolution de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi (T2-T1)

	Expression émotionnelle		Détresse Emotionnelle	Estime de soi
	N	%	Δ	Δ
A	29	14,1	-4	0
B	18	2,7	0	+4
C	12	5,8	-9	+7
D	33	4,9	-4	+5
E	34	8,3	-4	-5
H	182	27,4	+1	+6
J	139	18,8	-3	0
K	81	22,6	+6	-2
L	50	12,9	+2	0

En **bleu foncé** on peut voir les patientes chez qui on s'attend à une grande amélioration dans la détresse émotionnelle et l'estime de soi, en **bleu plus clair**, celles chez qui on attend un changement modéré et en **bleu très clair**, celles chez qui on attend la moins grande différence. Les cases en **vert** représente une amélioration et celle en **rouge** une détérioration.

Comme l'indique le tableau 21, nous nous attendons à une amélioration de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi chez Mme A et Mme H. Nous attendons également un effet chez Mme J et Mme K même si celui-ci est moindre. Ce sont les patientes à présenter les plus hauts taux d'expression émotionnelle.

3.2.3.3. Synthèses des données en relation avec les variables sociodémographiques

L'âge en relation avec le soutien à autrui

Tableau 22 L'âge des patientes comparée au soutien qu'elles ont apporté durant l'intervention

	Age	Soutien à autrui	
		N	%
A	54	51	24,9
B	58	198	30
C	65	38	18,3
D	37	95	14,4
E	32	84	18,3
H	38	236	19,1
J	60	207	28
K	45	52	20
L	56	105	27,1

Comme on le voit dans le tableau 22, nous nous attendons à observer plus de soutien à autrui chez Mme B, Mme C, Mme J et Mme L car ce sont les patientes les plus âgées.

3.2.3.4. Synthèses des données en relation avec les variables psychosociales

L'estime de soi avant l'intervention en relation avec le soutien à autrui durant l'intervention

Tableau 23 Estime de soi en T1 comparé au pourcentage de soutien à autrui durant l'intervention

	Estime T1		Soutien à autrui	
	Score	Catégorie	N	%
A	31	Faible	51	24,9
B	26	Faible	198	30
C	20	Très faible	38	18,3
D	31	Faible	95	14,4
E	34	Moyen	84	18,3
H	23	Très faible	236	19,1
J	37	Forte	207	28
K	33	Moyen	52	20
L	40	Très forte	105	27,1

En **bleu foncé** on peut voir les patientes chez qui on s'attend beaucoup de soutien à autrui, en **bleu plus clair**, celles chez qui on attend du soutien mais moins.

Comme on peut le voir sur le tableau 23, nous nous attendons à observer beaucoup de soutien de la part de Mme L et Mme J, même si moins chez cette dernière. Ce sont des patientes qui présentent des scores élevés d'estime de soi en T1.

4. Discussion

Nous avons investigué deux champs de recherche pour ce mémoire. D'une part nous avons observé la relation entre le sentiment d'implication des patientes dans le groupe et leur détresse émotionnelle, leur estime de soi, d'un point de vu quantitatif. Et d'autre part, sous un angle plus clinique, nous avons observé le lien entre le don de soi et le soutien à autrui en groupe et la détresse émotionnelle et l'estime de soi des participantes.

4.1. Partie quantitative

4.1.1. Population

Les 56 patientes qui composent notre analyse quantitative ne présentent en moyenne ni trouble anxieux (7,95), ni trouble dépressif (4,38) avant l'intervention. Leur score de détresse émotionnelle n'est donc pas alarmant (12,33). Néanmoins, le score moyen pour la dépression est très proche du seuil de trouble. En effet, il s'élève à 7,95 et la limite est fixée à 8. La détresse émotionnelle totale est également proche du seuil

de 13 qui indique un trouble de l'adaptation. De plus, même s'il n'est pas possible de parler de trouble, les scores d'anxiété, de dépression et de détresse émotionnelle totale se sont améliorés après l'intervention. En effet, l'anxiété est passée de 7,95 à 6,57 ($\Delta = -1,38$), la dépression de 4,38 à 3,77 ($\Delta = -0,61$) et la détresse émotionnelle totale de 12,32 à 10,34 ($\Delta = -1,98$).

Quant à l'estime de soi des patientes, il s'est également amélioré. Il était de 32,38 (moyen) en T1 et il passe à 33,20 (moyen) en T2. Il y a donc une amélioration de 0,82 points. Malgré l'amélioration, les patientes restent dans la marge moyenne d'estime de soi, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles composent un grand échantillon ($N=52$), ce qui entraîne une courbe de Gauss.

4.1.2. Hypothèse générale

Nous avons émis l'hypothèse qu'au plus le sentiment d'implication des participantes dans le groupe est élevé, au plus leur détresse émotionnelle aura diminuée et leur estime de soi augmentée. Or, nous n'avons constaté aucune corrélation significative entre le sentiment d'implication et l'évolution de la détresse émotionnelle totale ou de l'estime de soi, et ce, même en prenant l'anxiété et la dépression séparément. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que le sentiment moyen d'implication n'est pas très élevé. En effet, il n'est que de 6/10 (sur une échelle de Lickert allant de *pas du tout* à *beaucoup*).

La seule corrélation positive que nous ayons observée se situe entre le sentiment d'implication et le score de dépression des sujets avant l'intervention de groupe. Or, ce score de dépression n'indique aucunement un trouble dépressif (4,38). En effet, c'est plutôt le score à l'anxiété qui tend à indiquer un trouble anxieux avec un 7. Néanmoins, nous expliquons cette corrélation par le fait que plus les patientes vont avoir des troubles dépressifs, plus elles auront tendance à s'impliquer dans les groupes, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les groupes de paroles permettent au sujet de sortir de l'isolement, ce qui est une caractéristique de la dépression (Morisson, 2008). Ensuite, ils permettent un sentiment de communauté, c'est-à-dire que l'individu ne se sent pas « anormal » (Jeammet, 1984, cité par Body Lowson & al., 2012). En effet, le sujet trouve dans le groupe un lieu où les autres vivent les mêmes choses que lui. Pour finir, le groupe est un lieu propice pour se raconter. Le sujet peut donc plus investir le groupe car il y trouve quelque chose qu'il n'a pas ailleurs et qui est indispensable à son bien-être.

Nous avons également comparé l'évolution pour l'anxiété, la dépression, la détresse émotionnelle totale et l'estime de soi, en fonction du niveau de sentiment d'implication rapporté. Comme le nombre de sujet varie fortement pour chaque degré d'implication, les comparaisons restent à relativiser. Néanmoins, on remarque que les meilleures améliorations au niveau de l'anxiété, de la dépression et de la détresse émotionnelle totale se font aux extrémités du tableau 13. Nous expliquons cette forte amélioration chez les patientes ayant rapporté un très faible taux d'implication par le fait que, si elles se sont si peu impliquées, c'est justement car elles n'avaient pas besoin du groupe pour se sentir mieux. Ainsi, si nous tenons compte de cette idée pour analyser nos résultats, nous remarquons que l'implication joue un grand rôle dans l'amélioration des sujets. En effet, entre un niveau d'implication de 4/10 jusqu'à un niveau d'implication de 9/10 on ne note pas de grande amélioration. Or, il y a une très grande amélioration pour le 10/10. En effet, l'anxiété s'améliore de 2,2 points, la dépression de 1,8 points et la détresse émotionnelle totale de 4 points. Néanmoins, même si c'est une grande amélioration, elle reste moindre comparée à celles qui se sont impliquées de 1/10 à 3/10 (voir tableau 13). Ceci s'explique certainement par le fait que les femmes participants aux groupes de parole sont déjà moins bien que les autres, leur amélioration ne peut donc pas nécessairement être aussi grande.

L'estime de soi est la seule variable où cette observation est plus faible. En effet, les patientes qui présentent la plus grande amélioration sont celles qui se sont impliquées à 6/10 ($\Delta = 2,33$) et celles qui se sont appliquées à 10/10 sont les deuxièmes à s'être le plus améliorées ($\Delta = 1,7$). On peut expliquer cette observation par le fait que l'estime de soi est composée de beaucoup d'éléments (identité, **etc**) qui ne sont pas nécessairement travaillés dans les groupes de parole libre.

4.2. Partie semi-qualitative

Le but de la partie qualitative est de comparer les observations de don de soi et de soutien à autrui dans le groupe avec l'évolution au niveau de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi en T2 des participantes.

4.2.1. Population

La partie qualitative est composée de neuf participantes, cinq dans le groupe A et quatre dans le groupe B.

Groupe A

Nous observons une bonne dynamique dans ce groupe. Les thèmes de discussion tournent fortement autour de la maladie. Au bout d'une dizaine de séances, l'idée sera lancée d'arrêter le groupe car les participantes ont l'impression de se répéter. La grande différence avec le groupe B réside dans l'humour. En effet, nous observons très peu d'humour, de rire, etc., dans ce groupe. Nous pouvons expliquer ces différences par le fait que le groupe A est un des premiers groupes à avoir été mis en place, contrairement au groupe B. La différence de dynamique est certainement aussi liée aux psychologues différents, qui ont chacun leur façon de faire et leurs expériences personnelles en matière de groupes de parole.

En T1, **Mme A** présente un trouble de l'adaptation anxieux (score de 8), mais plus en T2 (score de 5). Elle ne présente pas de trouble au niveau dépressif, ni en T1 (2), ni en T2 (1). Son score de détresse émotionnelle totale est normal en T1 (10) et en T2 (6). Quant à son estime de soi, il est à la limite entre le faible et le moyen en T1 et en T2 (31).

Mme B présente un trouble de l'adaptation anxieux (score de 10) en T1 et en T2, même s'il a diminué en T2 (8). Elle ne présente pas de trouble au niveau dépressif en T1 (6), mais son score en T2 indique un trouble de l'adaptation (8). Son état s'est donc amélioré au niveau anxieux et détérioré au niveau dépressif. Quant à sa détresse émotionnelle totale, elle est de 16 en T1 et en T2, ce qui indique un trouble de l'adaptation. Pour l'estime de soi, Mme B atteint un score de 26 en T1, ce qui indique une estime faible, et un score de 30 en T2, ce qui est toujours considéré comme faible.

Mme C présente un trouble anxieux en T1 (13) mais passe à un score indiquant un trouble de l'adaptation anxieux en T2 (8). Elle ne présente pas de trouble au niveau dépressif en T1 (6) ni en T2 (2). Son état a donc amélioré au niveau anxieux et dépressif. Quant à sa détresse émotionnelle, elle est de 19 en T1 ce qui indique un trouble de l'humeur, et de 10 en T2 ce qui est considéré comme normal. Pour l'estime de soi, Mme C atteint un score de 20 en T1, ce qui est considéré comme très faible, et de 27 en T2, ce qui est considéré comme faible, même si son état s'est un peu amélioré.

Mme D ne présente pas de trouble au niveau anxieux en T1 (7) ni en T2 (4). Elle ne présente pas non plus de trouble au niveau dépressif en T1 (3), ni en T2 (2). Son état s'est donc amélioré même s'il n'était pas inquiétant avant l'intervention. Quant à sa

détresse émotionnelle, elle est de 10 en T1 ce qui n'indique pas de trouble, et de 6 en T2, ce qui indique une amélioration. Pour l'estime de soi, Mme D est à la limite entre une estime faible et moyenne en T1 (31) et passe à une estime de soi forte en T2 (36). Il y a donc une grande amélioration.

Mme E présente un trouble de l'adaptation anxieux en T1 (9) mais plus en T2 (5). Elle ne présente pas de trouble au niveau dépressif ni en T1 (3), ni en T2 (3). Mme E s'est donc améliorée au niveau de l'anxiété. Quant à sa détresse émotionnelle totale, elle est de 12 en T1, ce qui est considéré comme normal, et de 8 en T2, ce qui indique une amélioration. Pour l'estime de soi, Mme E rapporte un score de 34 en T1, ce qui indique une estime de soi entre moyen et fort, et de 29 en T2, ce qui indique une estime de soi faible. Il y a donc une grande détérioration à ce niveau pour la patiente.

Groupe B

Les patientes du groupe B sont très fortement soudées, elles demanderont d'ailleurs une séance supplémentaire car l'une d'entre elles manquait à la dernière séance prévue et qu'elles souhaitaient finir toutes ensemble. La différence principale avec l'autre groupe reste l'humour. En effet, nous observons beaucoup d'humour dans ce groupe-ci, contrairement au groupe A.

Mme H ne présente pas de trouble au niveau anxieux en T1 (5), ni en T2 (3). Elle ne présente pas non plus de trouble au niveau de la dépression en T1 (2), ni en T2 (5). Mme H s'est donc améliorée au niveau de l'anxiété, mais son taux dépressif s'est aggravé, même s'il n'est toujours pas inquiétant. Quant à sa détresse émotionnelle totale, elle est de 7 en T1, ce qui est considéré comme normal, et de 8 en T2, ce qui indique un trouble de l'adaptation. Pour l'estime de soi, Mme H rapporte un score de 23 en T1, ce qui indique une estime de soi très faible, et de 29 en T2, ce qui indique une estime de soi faible. Il y a donc une amélioration pour Mme H à ce niveau-là.

Mme J ne présente pas de trouble au niveau anxieux en T1 (4), ni en T2 (2). Elle ne présente pas non plus de trouble au niveau de la dépression en T1 (4), ni en T2 (3). Mme J s'est donc améliorée, même si ses scores n'étaient pas alarmants. Quant à sa détresse émotionnelle totale, elle est de 8 en T1, ce qui indique un trouble de l'adaptation, et de 5 en T2, ce qui indique une amélioration. Pour l'estime de soi, Mme J rapporte un score de 37 en T1 et en T2, ce qui indique une estime de soi très forte.

Mme K présente un trouble anxieux e T1 (11) et en T2 (13). Elle ne présente pas de trouble au niveau dépressif en T1 (4), mais présente bien un trouble de l'adaptation dépressif en T2 (8). L'état de Mme K s'est donc aggravé sur ces deux niveaux. Quant à sa détresse émotionnelle totale, elle est de 15 en T1 ce qui indique un trouble de l'adaptation, et de 21 en T2, ce qui indique un trouble de l'humeur. L'état de Mme K s'est donc aggravé. Pour l'estime de soi, Mme K rapporte un score de 33 en T1, ce qui indique une estime de soi dans la moyenne, et un score de 31 en T2 ce qui est à la limite entre une estime de soi faible et moyenne. Mme K a donc une détérioration à ce niveau-là également.

Mme L ne présente pas de trouble au niveau de l'anxiété, ni en T1 (2), ni en T2 (2). Elle ne présente pas non plus de trouble au niveau dépressif en T1 (7), mais son état s'aggrave en T2 (9), elle rapporte en effet un score indiquant un trouble de l'adaptation dépressif. Quant à sa détresse émotionnelle totale, elle est de 9 en T1 et de 11 en T2, ce qui est considéré comme normal. Pour l'estime de soi, Mme L rapporte un score de 40 en T1 et en T2, ce qui est la note maximum que l'on puisse obtenir, indiquant donc une estime de soi très forte.

4.2.2. Hypothèse générale

Nous avons émis l'hypothèse qu'au plus nous observerions un équilibre dans le don de soi et le soutien à autrui chez les patientes participant à l'intervention de groupe, au plus leur détresse émotionnelle aurait diminuée et leur estime de soi augmentée après l'intervention. Nous avons fixé cet équilibre à 30% de soutien à autrui et 70% de don de soi.

Nous nous attendions à trouver une amélioration chez Mme B, Mme J et Mme L qui sont les trois patientes à avoir eu un score proche ou égale à 30% de soutien à autrui et 70% de don de soi. Nous attendions également un effet chez Mme A, même si nous pensions qu'il serait moindre, étant donné qu'elle s'éloigne déjà un peu de cet équilibre avec un soutien à autrui à 24,9% et un don de soi à 75,1%. Or, l'hypothèse ne s'est pas confirmée. En effet, même s'il y a une amélioration de la détresse émotionnelle chez Mme J et Mme A, elles ne présentent pas d'amélioration au niveau de l'estime de soi. Mme L, quant à elle, présente même une aggravation de la détresse émotionnelle, sans que l'estime de soi ne change. Pour finir, Mme B n'améliore que son estime de soi, sa détresse émotionnelle restant identique à son score en T1.

En y regardant de plus près, en ciblant notre observation sur le nombre d'expression et non sur les pourcentages on peut voir qu'il y a de grands écarts entre patientes. En effet, même si Mme A présente 24,9% de soutien à autrui, elle ne fait que 51 expressions verbales de soutien à autrui en réalité. Contrairement à Mme J qui elle fait seulement quelques pourcents de plus (28%) mais qui exprime du soutien dans 207 de ses expressions verbales. C'est pourquoi la comparaison est délicate, il est nécessaire de regarder chaque participante individuellement pour avoir une vision claire de leur évolutions personnelles. Quant à Mme L, nous observons 207 expressions de soutien à autrui, et pour Mme B, 198. Au regard des nombres brutes d'expression de soutien à autrui, nous ne pouvons pas non plus mettre en évidence de tendance particulière.

Plus en détail, nous pouvons voir que **Mme J** s'est, en effet, améliorée au niveau de la détresse émotionnelle, mais qu'elle ne présentait pas de trouble en T1, ni pour l'anxiété (qui passe de 4 en T1 à 2 en T2), ni pour la dépression (qui passe de 4 en T1 à 3 en T2). Quant à son estime de soi, il était déjà fort en T1 (deuxième score le plus élevé observé) et n'a pas du tout changé en T2, avec un score de 37 (le maximum se situant à 40). Nous pensons que comme son estime de soi est déjà fort, il y a peu de chances qu'il change de manière significative. De ce point de vu, notre hypothèse pourrait se confirmer pour Mme J. Néanmoins, il est important de souligner la cohésion du groupe B dans lequel était Mme J. En effet, même lorsqu'elle est partie à l'étranger, elle a continué à envoyer des courriels aux autres participantes, et les autres participantes parlaient d'elle durant la séance. Cette cohésion, ce sentiment d'appartenance est fortement lié à une amélioration du bien-être chez l'individu (**source**). De plus, Mme J disait venir pour trouver un lieu où partager, s'exprimer, recevoir, donner des conseils, apprendre comment les autres font pour se construire. En écoutant les enregistrements, il est clair qu'elle a trouvé ce qu'elle cherchait dans le groupe.

En revanche, le cas de **Mme A** est différent. Il y a également une amélioration chez elle au niveau de la détresse émotionnelle, qui était de 8 en T1 et qui passe à 5 en T2, la sortant de ce fait d'un score indiquant un trouble anxieux. Quant à son score dépressif, il était de 2 en T1 et il passe à 1 en T2. Nous avons donc pour Mme A une véritable amélioration de l'anxiété. Concernant son estime de soi, il est à la limite entre faible et moyen en T1 et en T2 avec un score de 31. Il aurait donc pu s'améliorer de manière significative mais ne l'a pas fait.

Mme A est une patiente qui met beaucoup de choses en place pour gérer son

angoisse. C'est d'ailleurs avec cette demande qu'elle vient au groupe de parole. Mme A se fait masser toutes les deux semaines, s'efforce d'avoir des pensées optimistes « *la vie peut être miraculeuse* » (séance 1), essaye d'avoir une vie plus saine (boit régulièrement du thé, mange bio, etc), elle est suivie par un psychologue, etc. Elle a même décidé de changer de métier, de se reconvertir dans le massage thérapeutique pour les gens qui ont eu un cancer, car son ancien métier était trop stressant. On peut donc penser que tous ces changements ont eu un impact positif sur le score d'anxiété de la patiente, indépendamment de sa participation au groupe. D'autant plus que Mme A est la patiente à avoir le moins participé à l'intervention (6 présences sur 12 séances) et à avoir eu le moins d'expressions verbales (205). Quant à son estime de soi, on peut comprendre qu'il soit entre *faible* et *moyen*. En effet, Mme A vit un tournant dans sa vie où elle doit prendre beaucoup de risques qui vont peut-être s'avérer être des échecs. Dans des moments difficiles, l'estime de soi peut être affaiblie (Cuzaq, 2010).

Quant à **Mme B**, elle n'améliore que son estime de soi, passant de 26 (faible) à 30 (faible). Mme B est en conflit depuis des années avec sa fille, jeune adulte, au début de l'intervention. C'est un élément qu'elle met immédiatement en avant, dès les premières séances. Nous pensons donc que son identité de mère n'est pas très positive à ce moment là de sa vie. Or, au fur et à mesure que l'intervention progresse, Mme B apprend à avoir une meilleure relation avec sa fille, grâce aux conseils des autres participantes. De plus, sa fille va vivre à l'étranger pendant quelque mois, prenant son indépendance. Nous pensons que l'estime de soi de Mme B s'améliore car sa relation avec sa fille s'améliore également. En effet, cette amélioration peut avoir un effet bénéfique sur l'identité de mère de Mme B et donc sur son estime de soi (**source**). D'ailleurs, Mme B rapporte en T2 un score de 30 pour l'estime de soi, elle n'est donc qu'à un point de la moyenne d'estime de soi dans la population générale.

Les trois seules patientes à avoir amélioré leur détresse émotionnelle et leur estime de soi sont Mme C, Mme D et Mme H. Ces patientes présentent un ratio soutien à autrui/don de soi plus proche des 80% de don et 20% de soutien. Or, Mme E et Mme K, qui elles ne se sont pas améliorées, présentent le même ratio de don et de soutien. Si nous regardons les nombres brutes des expressions verbales de ces participantes, aucune tendance particulière se dessine. En effet, parmi ces patientes, celles à avoir rapporté le plus de soutien en nombres brutes sont Mme H (236) et Mme D (95), elles ont toutes deux améliorées leur détresse émotionnelle et leur estime de soi, mais Mme C qui n'a exprimé que 38 fois du soutien à autrui s'est également améliorée sur ces deux points.

Mme E et Mme K qui chez qui on a plus souvent observé du soutien (respectivement 84 fois et 52 fois) se sont quant à elle détériorée sur ces points. Néanmoins, au regard de toutes les patientes, ce sont Mme H et Mme J qui ont rapporté le plus grand nombre brute de soutien (236 et 207), mais Mme J ne s'est pas améliorée au niveau de l'estime de soi.

Si on regarde à présent le taux de présence des patientes lors des séances de groupe, qui est également un indicateur de leur implication dans l'intervention, il apparaît que Mme B et Mme H sont les seules patientes à être venue à toutes les séances. Quant à Mme B, elle n'en a raté qu'une. Nous ne remarquons pas de tendance particulière. C'est pourquoi nous avons tenu à comparer les résultats des patientes avec l'anxiété et la détresse émotionnelle qui composent la détresse émotionnelle totale.

Au regard des résultats de Mme B, Mme J, Mme L et Mme A, qui sont les patientes à être le plus proche de notre ratio 30% soutien à autrui et 70% don de soi, nous ne remarquons pas non plus de tendance particulière.

Néanmoins, analyser les résultats séparément au niveau de la détresse émotionnelle totale nous permet de constater que la majorité des patientes (sept d'entre elles) se sont améliorées au niveau de l'anxiété. Seule Mme K a eu une aggravation, qui peut s'expliquer par ses problèmes de santé fortement préoccupant qui sont apparus durant l'intervention. Mme L n'a, quant à elle, pas changé au niveau de l'anxiété, son score restant à 2.

Mme H est une patiente qui rapporte des scores normaux à l'HADS mais qui, dans son discours, fait paraître beaucoup d'anxiété et de détresse. En effet, l'un des premiers éléments que rapporte la patiente en groupe est son angoisse à l'idée de ne pas pouvoir donner d'enfant à son compagnon au terme de son hormonothérapie car elle pourrait devenir stérile. Elle rapporte également beaucoup d'anxiété par rapport à la reprise du travail, qui se passe bien dans un premier temps mais moins dans un second temps. Le troisième élément qui paraît stresser Mme H est la reconstruction de son sein prévu pour quelque temps après l'intervention de groupe. À tout ceci s'ajoute une fatigue oppressante qu'elle subit depuis sa chimiothérapie. Nous sommes donc étonné de voir que Mme H rapporte de bons résultats à l'HADS. Pour expliquer ses scores, nous pouvons mettre en avant le fait qu'elle est suivie par un psychologue individuellement ainsi que sa présence assidue aux séances de groupe. En effet, Mme H est la seule

patiente de son groupe à avoir participé à toutes les séances sans exceptions. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que Mme H est une personne anxieuse qui sait mettre des éléments en place pour contrôler cette anxiété afin qu'elle ne déborde pas trop dans sa vie quotidienne. Quant à son estime de soi, la patiente passe de *très faible* à *faible*, ce que nous expliquons par la reprise du travail (Cuzacq, 2010) et par l'intégration dans le groupe de parole très soudé que forme le groupe B

Au niveau de la dépression, il y a autant d'aggravation que d'amélioration, avec seulement Mme E qui ne change pas, elle reste en dehors de tout trouble dépressif. En effet, l'état de Mme B, Mme H, Mme K et Mme L s'aggrave et celui de Mme A, Mme C, Mme D et Mme J s'améliore. Or, aucune des patientes dont le score de dépression s'améliore ne présente de trouble dépressif en T1. Pour les patientes dont l'état s'aggrave, Mme H est la seule à ne pas entrer dans un score indiquant un trouble dépressif, Mme B, Mme K et Mme L n'atteignaient pas le score indiquant un trouble dépressif en T1, mais l'atteignent en T2.

Mme E est une patiente qui arrive dans le groupe avec un trouble de l'adaptation anxieux, mais qui ne présente plus de difficulté à ce niveau en T2. Elle ne présente pas non plus de trouble au niveau dépressif, ni en T1, ni en T2. De plus, sa détresse émotionnelle s'améliore également même si elle n'est pas inquiétante en T1. Le plus intrigant dans le cas de Mme E est sa détérioration au niveau de son estime de soi qui passe d'un score indiquant une estime entre *moyen* et *fort* à une estime de soi *faible*. Ceci est d'autant plus intrigant que Mme E est une patiente qui met beaucoup de stratégies en place pour améliorer son rapport à la maladie. En effet, elle pratique la sophrologie et la relaxation, elle est suivie individuellement par un psychologue, elle essaye de se faire du bien, contrairement à ce qu'elle faisait avant la maladie, elle fait des exercices de confiance en soi. Elle conseille d'ailleurs plusieurs fois aux autres participantes de ne pas se sentir coupable de leur cancer. Durant l'intervention Mme E rapporte des difficultés à s'adapter au travail et des difficultés avec son compagnon. C'est surtout des problèmes cognitifs et kinesthésiques qui handicapent dans son travail, elle fait d'ailleurs du théâtre pour entraîner sa mémoire. Du côté de son couple, elle essaye de faire des compromis ce qui l'aide beaucoup. Il est donc complexe d'expliquer la détérioration de l'estime de soi de Mme E. Nous pensons néanmoins qu'elle est liée à ses difficultés d'adaptation au travail et à ses soucis de couple. Notons que c'est Mme E qui émettra en première l'idée d'arrêter les séances de groupes au bout d'une dizaine de séances, au lieu des quinze programmées. En effet, pour la patiente, les discussions

commençaient à se répéter.

Au regard du taux de sentiment d'implication rapporté en T2 par les patientes, qui est un indicateur de don de soi dans le groupe, nous nous attendons à ce que Mme J et Mme K aient la meilleure progression au niveau de la détresse émotionnelle totale et de l'estime de soi car elles rapportent un score de 10/10. Nous attendons également une amélioration chez Mme B, Mme D, Mme H et Mme K qui déclarent s'être investies à raison de 8/10. Or, il n'y a aucune tendance particulière. Mme J qui a un score de 10/10 ne s'est améliorée qu'au niveau de la détresse émotionnelle, l'estime de soi n'ayant pas changé. Et Mme K qui a aussi rapporté un 10/10 a vu sa détresse émotionnelle s'aggraver, son estime de soi ne changeant pas. Quant aux patientes qui ont rapportés un 8/10, on ne peut y déceler aucune tendance particulière.

Néanmoins, le cas de **Mme K** est particulier. En effet, au cours de l'intervention elle aura des douleurs aiguës qui mèneront à des examens médicaux approfondis et répétitifs. Au cours de ces examens, on lui diagnostiquera un problème de rein, indépendamment de ses douleurs. Tout ceci entraînera donc de l'anxiété et du stress chez la patiente. De plus, pour traiter ses douleurs, Mme K devra subir cinq lourdes opérations, ce qui la désole car ça signifie se relancer dans des procédures médicales lourdes et longues. Au niveau familial, Mme K aurait aimé pouvoir gérer son cancer tout de seule afin de protéger ses proches. Néanmoins, grâce à sa formation médicale, elle connaissait les difficultés qu'engendrent les traitements du cancer du sein, elle a donc préféré faire part de sa maladie à sa famille afin qu'elle la soutienne. Au niveau de son couple, Mme K vit quelques difficultés intimes, mais réussit à les surmonter progressivement grâce aux conseils des autres participantes. Quant au niveau professionnel, Mme K ne reprendra pas le travail durant la période de l'intervention. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que l'aggravation de l'anxiété, de la dépression et de la détresse émotionnelle totale de Mme K sont en lien avec ses nouveaux troubles médicaux. Au niveau de l'estime de soi, elle perd deux points mais reste dans la moyenne. Nous pouvons penser que cette petite perte est également liée à ses troubles, mais que grâce au soutien de ses proches et du groupe, l'atteinte à l'estime reste restreinte.

4.2.3. Hypothèses spécifiques

Nous attendions une plus grande amélioration au niveau de la détresse émotionnelle globale et de l'estime de soi chez Mme A, Mme C, Mme D et Mme K car elles sont celles à avoir le taux de récit de vécu et d'accord les plus élevés. En effet, nous avons émis l'hypothèse que les différents éléments composants le don de soi n'avaient pas un effet équivalent sur la détresse émotionnelle et l'estime de soi. Pour nous, le récit de vécu et l'accord avaient un plus grand pouvoir d'action sur ces éléments.

Or, aucune tendance n'est ressortie de nos comparaisons, nous avons même eu des effets contraires. En effet, Mme K par exemple présente une détérioration de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi alors même qu'elle fait 34,1% de récit de vécu. Néanmoins, Mme K a eu des soucis de santé qui se sont déclarés durant l'intervention. Elle avait donc peut-être fortement besoin d'en parler en groupe, d'où sont taux élevé. Nous supposons donc qu'il y a eu un effet de ce récit de vécu et que sa détresse émotionnelle et son estime de soi se seraient encore plus dégradées si elle ne l'avait pas fait.

Mme D est l'une des patientes à avoir le plus haut taux de récit de vécu (33%). Elle dit d'ailleurs au début de l'intervention qu'elle cherche un lieu où partager son vécu, un lieu où elle peut déposer son histoire sans tabou ainsi qu'un lieu où apprendre des astuces contre le stress. Or, Mme E ne rapporte pas de trouble lié à l'anxiété ou même à ma dépression ni en T1, ni en T2. Malgré qu'elle n'ait pas trouvé dans le groupe un lieu où l'on apprend des techniques de relaxation comme elle le souhaitait au départ, elle affirme que le simple fait de recevoir de la reconnaissance lui fait beaucoup de bien. La patiente se décrit comme quelqu'un de positif, elle a néanmoins l'impression constante d'une épée de Damoclès au-dessus de sa tête depuis la fin de ses traitements. Ceci est accentué par l'histoire d'une collègue de travail qui a eu une récurrence des années après la fin de ses traitements et qui en est décédée récemment. La patiente rapporte souvent des stratégies d'adaptation au cancer lié à l'évitement (jouer à des jeux, penser à autre chose, etc.) Du côté du travail, Mme E affirme avoir quelque difficulté à s'adapter, surtout à cause de ses troubles de mémoire. Elle demande d'ailleurs à ses collègues d'être compréhensives afin de l'aider à ressentir moins de pression. De plus, elle a récemment été frustrée car elle n'a pas eu accès à un projet qui lui tenait à cœur. Du côté

familial, Mme E est très aux prises avec les problèmes de couple de son frère, le groupe l'aidera à se détacher de ces problèmes qui ne sont pas les siens, à prendre du recul. Pour finir, notons que Mme E attribue son cancer à des problèmes familiaux et professionnels advenus quatre à cinq ans auparavant. Ainsi, on peut expliquer l'amélioration au niveau de l'anxiété, de la dépression et de la détresse émotionnelle de Mme E par le soutien qu'elle a reçu dans le groupe qui l'a aidée à prendre du recul par rapport à des événements familiaux qui la tourmentaient, même ses scores à l'HADS n'ont jamais été alarmants. Quant à son estime de soi, nous pensons qu'il s'est amélioré de cinq points (passant de *moyen* à *fort*) car elle a repris le travail et qu'elle a changé sur des points identitaires qui l'embêtaient, comme ses soucis familiaux.

Notons que même au regard des nombres brutes d'expression verbale, on ne remarque aucune tendance particulière. Il n'y a aucune tendance particulière non plus si on compare les résultats des patientes aux niveaux de l'anxiété et de la dépression de manière plus spécifique.

Les éléments composant le soutien à autrui en relation avec la détresse émotionnelle et l'estime de soi

Nous nous attendions à une forte amélioration de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi chez Mme E et Mme H car elles ont des taux élevés d'entraide et d'initiative qui sont, selon notre hypothèse, les éléments composant le soutien à autrui qui ont le plus d'effet sur nos variables. Viennent ensuite Mme A et B chez qui nous attendons à une amélioration moyenne car elles présentent des taux élevés de solidarité et de suggestion. Pour finir, nous attendons à une amélioration, mais plus faible chez Mme K et Mme L car elles présentent des taux élevés d'interrogation.

Notre hypothèse n'a pas été confirmée. En effet, il n'y a aucune tendance remarquable. Ainsi, même si Mme H a une amélioration au niveau de la détresse et de l'estime de soi, ce n'est pas le cas de Mme E qui s'améliore pour la détresse et se détériore pour l'estime de soi. Pour Mme A et Mme B chez qui nous nous attendions à une amélioration moyenne, nous pouvons plus ou moins confirmer notre attente. En effet, chacune s'est améliorée de quatre points, Mme A pour la détresse émotionnelle, et Mme B pour l'estime de soi. Quant à Mme K et Mme L, leur état s'est empiré, notre hypothèse n'est donc pas vérifiée.

Notons que même au regard des nombres brutes, nous ne remarquons aucune tendance particulière. Il n'y aucune tendance particulière non plus si on compare les résultats des patientes aux niveaux de l'anxiété et de la dépression de manière plus spécifique.

Mme L vient aux séances de groupe afin de pouvoir se comparer socialement à d'autres patientes dans la même situation qu'elle. Elle souhaite en effet voir si elle est la seule à souffrir encore, des mois après la fin des traitements, de son cancer. Elle cherche également du soutien et trouver, avec l'aide des autres participantes, des réponses à ses questions, au travers du partage. Mme L rapporte principalement de la fatigue et quelque problèmes cognitifs. Au niveau familial elle est entourée par ses proches et au niveau professionnel elle est à la retraite. On ne sait pas grand-chose sur Mme L, si ce n'est qu'elle est croyante, ce qui l'a beaucoup aidé à traverser sa maladie et qu'elle ne « *s'acharne pas sur les causes perdues* » (séance 4), c'est-à-dire qu'elle ne se préoccupe pas de ce sur quoi elle n'a pas de prise. Mme L ne présente pas de trouble au niveau de l'anxiété et de la détresse émotionnelle, ni en T1 ni en T2. Par contre, elle présente une détérioration au niveau de la dépression, la faisant passer d'un score normal à un score indiquant à trouble de l'adaptation dépressif. La seule explication qu'elle donne de ce mal être est son manque de voyage. En effet, Mme L a l'habitude de voyager plusieurs fois par an, ce qu'elle n'a pas pu faire depuis longtemps à cause de sa maladie. Peut-être que la patiente a du mal à s'habituer à sa nouvelle vie, plus monotone. Nous ne pouvons pas en être totalement sûrs car nous n'avons pas plus d'informations.

La narration en relation avec la détresse émotionnelle et l'estime de soi

Nous nous attendions à une amélioration pour Mme H, Mme K et Mme L qui ont rapportés des taux élevés de narration. Néanmoins, notre hypothèse ne s'est pas vérifiée. En effet, même si Mme H a une amélioration pour la détresse émotionnelle et l'estime de soi, ce n'est pas le cas de Mme K et Mme L chez qui on observe des aggravations.

Nous ne pouvons pas non plus tirer de grande tendance d'après le nombre brute d'expressions verbales narrées observés chez les participantes. Il n'y aucune tendance particulière non plus si on compare les résultats des patientes aux niveaux de l'anxiété et de la dépression de manière plus spécifique.

L'expression émotionnelle en relation avec la détresse émotionnelle et l'estime de soi

Nous attendions principalement une amélioration chez Mme A et Mme H qui sont les patientes à avoir le plus haut taux de nomination des émotions. Mme H s'est améliorée pour la détresse et pour l'estime, et Mme A s'est améliorée seulement pour la détresse. Nous nous attendions également à une petite amélioration chez Mme J et Mme K car leur taux de nomination d'émotion est également assez élevé. Il y a, en effet, une amélioration de la détresse chez Mme J. En revanche, l'état de Mme K s'est empiré, certainement du fait de ses problèmes de santé. Nous ne pouvons donc pas tirer de grandes tendances de nos observations, ce qui ne vérifie pas nos hypothèses.

Notons que nous ne pouvons pas non plus tirer de grande tendance au regard du nombre d'expression émotionnelle brute des participantes. Il n'y a aucune tendance particulière non plus si on compare les résultats des patientes aux niveaux de l'anxiété et de la dépression de manière plus spécifique.

L'âge en relation avec le soutien à autrui

Nous avons émis l'hypothèse que les patientes plus âgées présenteraient plus de comportement de soutien à autrui durant l'intervention. Mme B, Mme J et Mme K ont, en effet, eu plus de comportement de soutien que les patientes plus jeunes. La seule participante qui contredit notre hypothèse est Mme C qui est pourtant la plus âgée de toutes. Soulignons qu'en termes d'expression de soutien à autrui brute, Mme C on observe beaucoup moins de soutien chez Mme C que chez les autres patientes âgées, en effet, elle ne présente que 38 fois des expressions de soutien, alors que Mme B en présente 198, Mme J 207 et Mme L 105.

Mme C est une patiente qui se distingue des autres par sa retenue. En effet, malgré sa présence à 10 séances sur 12, on observe que 208 expressions verbales, chez elle c'est-à-dire seulement trois de plus que Mme A, qui elle n'est venue qu'à six séances, par exemple. Elle se justifie en expliquant qu'elle préfère écouter que parler, qu'elle est présente malgré le fait qu'elle ne prenne pas souvent la parole. Mme C vient dans les groupes pour trouver un soutien à long terme. Elle dit d'elle-même qu'elle est anxieuse, ce qui corrobore résultats à l'HADS. Elle est la seule patiente à ne pas essayer de donner de sens à son cancer. Elle dit simplement que le cancer lui a ouvert les yeux sur le fait qu'elle n'est pas immortelle. Ainsi, elle essaye de vivre chaque jour comme le dernier, malgré que ce ne soit pas facile. Durant l'intervention, Mme C devra faire un

bilan de contrôle de son cancer, ce qui la stressera fortement. Heureusement, les résultats reviendront négatifs ce qui la soulagera énormément. Au niveau familial, Mme C perdra sa mère durant la période de l'intervention, mais elle deviendra aussi grand-mère ce qui la comblera de joie. Au niveau professionnel, Mme C a pris sa retraite, et dit qu'elle est très heureuse chez elle avec son époux. Ainsi, on peut expliquer les améliorations au niveau de l'anxiété, de la dépression et de la détresse émotionnelle de Mme C par le fait qu'elle a trouvé un lieu de soutien à long terme comme elle le souhaitait et qui la sort de l'isolement quelque peu. De plus, la naissance de son petit enfant doit lui avoir remonté le moral après la perte de sa mère. Quant à son estime de soi, il est passé de *très faible* à *faible*. Ceci peut être lié au fait qu'elle trouve de la reconnaissance dans le groupe de parole. Néanmoins, comme la patiente ne s'est pas beaucoup dévoilée durant l'intervention, il ne nous est pas possible de faire davantage d'hypothèses sur son amélioration.

L'estime de soi avant l'intervention en relation avec le soutien à autrui

Nous nous attendions à ce que les patientes qui ont une bonne estime de soi en T1 présente plus de comportements de soutien durant l'intervention. Cette hypothèse s'est vérifiée pour Mme L qui est la seule patiente à présenter une estime de soi *très forte*, et qui atteint un taux de soutien à autrui de 27,1%, ce qui est le troisième taux le plus élevé observé. Notre hypothèse s'est également vérifiée pour Mme J qui est la seule patiente à présenter une estime de soi *forte* et qui atteint un taux de soutien à autrui de 28%, ce qui est le deuxième taux le plus élevé. La seule patiente à contredire notre hypothèse est Mme B qui, malgré le fait qu'elle présente une estime de soi en T1 moyenne, atteint le taux de soutien à autrui le plus élevé observé (30%). Soulignons, qu'en termes de nombres brutes de soutien, Mme C (198), Mme J (207) et Mme L (105) sont parmi les quatre patientes à avoir les nombres les plus élevés. Mme H ayant également un nombre élevé (236). Mais Mme H présente une estime de soi *très faible* en T1 et ne fait que 19,1% de soutien à autrui.

4.3. Synthèse

Pour la partie *quantitative* de notre étude, on remarque une amélioration au niveau de la dépression, de l'anxiété, de la détresse émotionnelle totale et de l'estime de soi, même si les patientes ne présentaient pas de difficultés à ces niveaux en T1.

Notre hypothèse selon laquelle la détresse émotionnelle et l'estime de soi

seraient en lien avec le sentiment d'implication dans le groupe a été infirmé. Néanmoins on a une corrélation positive entre la dépression et le sentiment d'implication dans le groupe, ce qui est sûrement lié au besoin des patientes plus dépressives de trouver un lieu où se raconter, une communauté pour les sortir de l'isolement.

De plus, en comparant l'évolution de l'anxiété, de la dépression et de la détresse émotionnelle totale aux taux d'implication dans le groupe rapporté, nous remarquons une amélioration particulièrement élevée aux extrémités, c'est-à-dire à 1/10, 2/10, 3/10 et à 10/10 d'implication. Deux éléments peuvent expliquer cet effet : le besoin des patientes qui serait moins élevé pour celles qui se sont peu impliquées et l'effet d'une grande implication sur ces trois variables. Concernant l'estime de soi, aucune tendance ne se détache.

Pour la partie qualitative, nous cherchions une amélioration de l'anxiété, de la dépression, de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi en lien avec le taux de don de soi et de soutien à autrui des participantes. Or, notre hypothèse a été infirmée. De plus, notre hypothèse selon laquelle les patientes rapportant un ratio don de soi et soutien à autrui proche de 30% / 70% auraient un sentiment d'implication plus élevé est également infirmée.

Quant à nos hypothèses sur les éléments composants le don de soi ou le soutien à autrui en lien avec des taux de détresse émotionnelle et d'estime de soi plus ou moins élevé est également infirmée. Nous retrouvons la même conclusion pour nos hypothèses sur la narration et sur l'expression émotionnelle.

Pour notre hypothèse selon laquelle plus la patiente est âgée, plus on observe chez elle d'expressions verbales de soutien à autrui, notre hypothèse est partiellement confirmée. En effet, il n'y a qu'une seule patiente qui montre une tendance inverse, ce qui peut s'expliquer d'après son histoire personnelle.

Pour finir, notre hypothèse qui postule que plus l'estime de soi du sujet en T1 est élevé, plus on observe de comportement de soutien chez lui durant l'intervention est également partiellement confirmé. En effet, la seule patiente qui contredit notre hypothèse a également une histoire personnelle qui peut expliquer ses résultats.

4.4. Limites

La première limite que l'on peut mettre en évidence dans notre travail est la taille de l'échantillon qui est assez restreint. En effet, il est de 56 patientes dans la partie quantitative et de neuf patientes dans la partie semi-qualitative. De plus, le fait que les patientes ne participent pas toutes aussi souvent aux séances de groupe fausse quelque peu nos résultats.

Ensuite, notre population est très spécifique, elle ne concerne que les patientes qui ont eu un cancer du sein non métastaté et ayant accepté de participer aux interventions de groupe à la fin de leurs traitements. Dès lors, nos résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des patientes atteintes d'un cancer du sein, ni à l'ensemble des patients participant à des groupes de parole. Cette remarque s'applique également aux résultats des corrélations de Sperman, dans notre partie quantitative.

En outre, le temps de passation particulièrement long des questionnaires avant et après l'intervention peut avoir un impact sur les résultats obtenus. En effet, chaque passation des questionnaires dure environ deux heures. Ainsi, les capacités intentionnelles des patientes peuvent être modifiées par la fatigue par exemple. Ajoutons que les questionnaires ont tendance à réactiver des pensées liées au cancer, ce qui peut avoir un impact au niveau émotionnel. Notons aussi qu'un psychologue accompagne la patiente durant toute la passation des questionnaires, ce qui peut induire un biais de désirabilité social.

Ensuite, soulignons que nous basons notre partie quantitative sur un seul item dans tout le questionnaire qui suit la fin de l'intervention. Il est dès lors difficile de faire de grandes conclusions sur base d'un seul item : le sentiment d'implication dans le groupe, de 1 à 10.

Quant à notre partie qualitative, au-delà du fait qu'elle n'analyse que neuf participantes, elle est basée sur le soutien à autrui et de don de soi qui sont des notions peu conceptualisées dans la littérature. Notre base de travail est donc naissante ce qui peut conduire à des difficultés méthodologiques et d'interprétations.

La grille d'observation est un bon exemple des difficultés méthodologiques qu'impliquent les notions de soutien à autrui et de don de soi. En effet, tout notre travail est basé sur un remaniement de la grille de Bales afin qu'elle puisse permettre l'observation des variables qui nous intéressent. Ainsi, la catégorisation des données

reste très objective, malgré notre tentative de la rendre la plus objective possible. En effet, il nous est souvent arrivé d'avoir des hésitations.

Une des catégories qui sur laquelle nous avons souvent hésité est la solidarité, en effet, l'expression rentrait-elle plus dans « solidarité » ou dans « initiative » ? La différence ne tenant que dans l'expression générale de soutien pour la solidarité et l'expression plus marquée et inscrit dans le moment présent pour l'initiative.

Une autre catégorie qu'il a été difficile de compléter est celle de la détente. En effet, cette catégorie comprend, entre autres, les rires, mais nous n'avons pas pu coter chaque rire, car les sujets étaient difficiles à distinguer. Il en va de même pour les pleurs, pour l'expression de tristesse.

Une dernière catégorie qui pose question est celle de l'expression émotionnelle. En effet, nous n'avons observé que les expressions nommées par les sujets. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer le taux d'émotions nommées et le taux d'émotions exprimées mais qui ne sont pas spécifiquement nommées, afin de voir si la nomination a un impact plus ou moins important.

Nous n'avons pas mesuré le soutien reçu par les patientes durant l'intervention. Cette information aurait pu être intéressante lors de l'analyse des résultats afin de mieux distinguer les sources de l'évolution de la détresse émotionnelle et de l'estime de soi chez les sujets.

Pour des raisons pratiques, nous n'avons pas pu écouter la séance 6 du groupe A. En effet, il y a eu des problèmes au moment de l'enregistrement. Il nous manque donc quelques données pour ces patientes, ce qui fausse quelque peu nos observations.

Pour finir, pour des raisons d'éthique nous n'avons pas eu accès aux comportements non-verbaux des participantes, éléments qui auraient pu fortement enrichir notre observation des séances.

4.5. Pistes de recherche

Pour la partie quantitative, il serait intéressant d'investiguer la variable *sentiment d'implication* sur un échantillon plus grand, essentiellement en ce qui concerne la comparaison des moyennes.

Il serait également intéressant de construire un questionnaire investiguant l'implication des participantes, tout au long de l'intervention et à la fin, de manière plus approfondie.

De plus, la grille d'analyse pourrait être modifiée afin d'être plus générale à certains endroits, comme pour la partie expression émotionnelle. En effet, nous n'avons côté que les nominations d'émotions, il serait intéressant d'observer également les émotions qui ne sont pas spécifiquement nommées mais quand même exprimées.

5. Conclusion générale

Malgré que notre étude ne se soit seulement basée sur un item du questionnaire de satisfaction et que notre échantillon soit restreint, elle met quand même en évidence un lien entre la dépression et le sentiment d'implication dans le groupe, certainement lié au besoin des personnes dépressives de faire partie d'une communauté à laquelle s'identifier, où se raconter, afin de sortir de l'isolement.

Nous avons également remarqué un lien entre le taux d'implication dans le groupe rapporté et l'amélioration de l'anxiété, de la dépression et de la détresse émotionnelle totale. Cette amélioration ayant lieu de manière beaucoup plus marquée aux pôles des taux d'implication, c'est-à-dire à 1/10, 2/10, 3/10 et 10/10. Nous expliquons l'effet visible dans les taux d'implication faibles par le fait que les patientes n'avaient pas besoin des groupes, et l'effet visible au taux d'implication le plus élevé par, justement les bienfaits d'un investissement important dans les groupes de parole.

Au niveau de notre analyse qualitative, il apparaît que les évolutions des patientes sont fortement liées à leurs histoires personnelles, plus qu'au don de soi ou au soutien à autrui en groupe, même si le soutien et l'ambiance de groupe restent importants. En effet, soulignons le rôle communautaire des groupes de parole, qui permettent à certaines personnes de sortir de l'isolement et de trouver du soutien quand elles n'en trouvent pas ailleurs.

6. Bibliographie

Amir M. & Ramati A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Anxiety Disorders*, 16, 191-206. DOI 0887-6185/02/8

Anzieu D. (1999). *Le groupe et l'inconscient* 3ème édition. Paris : Dunod.

Bales R.F. & Strodtbeck F.I. (1951). Phases in group problem-solving. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46 (4).1

Beetlestone E. & al. (2011). Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques. *Santé Publique* 23, 141-153. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-141.htm>

Björneklett H.G., Rosenbald A., Lindemalm C., Ojutkangas M-L., Letocha H., Strang P. & Bergkvist, L. (2013). Long-tem follow-up of a randomized study of support group intervention in women with primary breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 346-353. DOI 10.1016/j.jpsychores.2012.11.005

Blondiaux I. (2011). Le don, principe actif de la parole thérapeutique ? *Le Coq-héron*, 206 (3) 206, 48-56. DOI 10.3917/cohe.206.0048

Body Lawson F-T., Imbault M., Dacqui L. & Sibertin-Blanc D. (2012). Groupe de parole de parents adoptifs : entre thérapie, partage et transmission. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 60, 267-273. DOI 10.1016/j.neurenf.2012.01.005

Buchanan H. & Coulson N.S. (2007). Accessing dental anxiety online support groups: an exploratory qualitative study of motives and experiences. *Patient Educ Couns* 66 (3), 263-9. DOI 10.1016/j.pec.2006.12.011

Christophe & Di Giacomo (2003). Est-il toujours bénéfique de partager ses expériences émotionnelles ? Rôle du partenaire dans les situations de partage social des émotions. *Revue internationale de psychologie sociale*, 16 (2), 99-124. Retrieved from <http://ureca.recherche.univ-lille3.fr/uploads/File/Christophe/RIPS%20-%20Christophe%20&%20Di%20Giacomo%202003.pdf>

¹Nous n'avons pas eu accès aux numéros de page

Coopman A-L. & Janssen C. (2010). La narration de soi en groupe: le récit comme tissage du lien social. *Cahiers de psychologie clinique*, 34 (1), 119-134. DOI 10.3917/cpc.034.0119

Cousson-Gélie F., Bruchon-Schweitzer M., Dilhuydy J-M. & Jutand M-A. (2007). Do Anxiety, Body Image, Social Support and Coping Strategies Predict Survival in Breast Cancer? A Ten-Year Follow-Up Study. *Psychosomatics*, 48 (3), 211-216. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17478589>

Coutanceau, Smith & Lemitre (2012). *Trauma et résilience, victimes et auteurs*. Paris : Dunod.

Corbella S. (2004). Le petit groupe: un dispositif approprié à l'élaboration de traumatismes. *Revue de psychothérapie psychanalytique*, 42 (1), 51-67. DOI 10.391/rppg.042.0051

Crepin & Delerue (date indisponible). Echelle d'estime de soi de Rosenberg. *IRBMS*.

Cuzacq M-L. (2010). *L'estime de soi, apprendre à s'aimer pour mieux vivre*. Paris : Esi.

Donnovan D.M. & Wells E.A. (2007). Tweaking 12-step : the potential role of 12-step selfhelp group involvement in methamphetamine recovery. *Addiction* 102 (suppl.1) 121-129. DOI 10.1111/j.1360-0443.2007.01773.x

Enache R.G. (2011). The relationship between anxiety, depression and self-esteem in women with breast cancer after surgery. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 33, 124-127. DOI 10.1016/j.sbspro.2012.01.096

Garssen B., Vos P., De J.M. & Visser A. (2011). Analyzing differences between psychotherapy groups and social support groups for breast cancer patients : Development of an assessment method using video recording. *Patient Education and Counseling*, 82 (3), 377-383. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21193281>

Grinyer A. (2012). A bereavement group for parents whose son or daughter died from

cancer : how shared experience can lessen isolation. *Mortality* 17 (4) 338-354. DOI 10.1080/13576275.2012.730684.

Härtl K., Schennach, R., Müller M., Engel J., Reinecker H., Sommer H. & Friese, K. (2010). Quality of Life, Anxiety, and Oncological Factors: A Follow-Up Study of Breast Cancer Patients. *Psychosomatics*, 51 (2), 112-123. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20332286>

Jauffret-Roustide M. (2010). Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire. *Pensée plurielle* 23 (1), 93-108. DOI : 10.3917/pp.023.0093

Kotlyar I. & Karakowsky L. (2012). The Influence of Team Demographic Composition in Individual Helping Behavior. *Psychology*, 12 (3), 1010-1017. DOI 10.4236/psych.2012.312152

Kornreich C. (2013-2014). *Les grands courants thérapeutiques: thérapies cognitive-comportementales*. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles.

McGinley M., Carlo G., Crockett L.J., Raffaelli M., Torres Stones R.A. & Iturbide M.A. (2010). Stressed and Helping: The Relations Among Acculturative Stress, Gender, and Prosocial Tendencies in Mexican Americans. *The Journal of Social Psychology*, 150 (1), 34-56. Retrieved from http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224540903365323#.U-dLffl_tVI

Merckaert I. & al. (2009). *Protocole d'étude du groupe « seno »*. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles et Institut Bordet.

Minari J-P. & Perrin Ph. (2004). Élaboration d'un cadre de travail pour un groupe de parole avec des « personnes dites exclues ». *Connexion* 82 (2), 83-104. DOI 10.3917/cnx.082.0083.

Montazeri A., Jarvandi S., Haghighat S., Vahdani M., Sajadian A., Ebrahimi M. & Haji-Mahmoodi M. (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient Education and Counseling*, 45, 195-198. DOI 10.1016/S0738-3991(01)00121-5

Morisson Bec (2008). Depression, disease, loneliness, social isolation, suicide, negative thoughts,... *Social alternative*, 27 (4), 51-53. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.ulb.ac.be/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=18bd1209-a801-449a-8cd8-7a5d449c5e1a%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4207>

Murray I.R. & Arnott J.L. (1992). Toward the simulation of emotional in synthetic speech: A review of the literature on human vocal emotion. *Acoustical Society of America*, 93 (2), 1097-1108. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8445120>

Peretti P., Bouherat-Hue V. & Rolland A. (2012). Penser l'ouverture au monde et la participation sociale des sujets en situation de handicap psychique. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 14 (2), 217-236. DOI : 10.3917/nrp.014.0217

Neri C. (2011). *Le groupe, manuel de psychanalyse de groupe*. Toulouse : Erès.

Norbert A. (2002). Théorie du don et sociologie du monde du travail. *Revue du MAUSS* 20 (2), 263-285. DOI : 10.3917/rdm.020.026

Phillips L. & Phillips M. (2011). Altruism, Egoism, or Something Else: Rewarding Volunteers Effectively and Affordably. *Southern Business Review*, 23-35. **Retrieved from**

Razavi D. & Delvaux N. (1998). *La prise en charge medico-psychologique du patient cancéreux*. Paris: Masson

Razavi D. & Delvaux N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Paris: Masson.

Schroevers M.J., Ranchor A.V. & Sanderman R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science & Medecine*, 57, 375-385. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765715>

Schwartz C.E., Keyl P.M., Marcum J.P. & Bode R. (2009). Helping Others Shows Differential Benefits on Health and Well-being for Male and Female Teens. *Journal of*

Seintinelles. Page facebook de Seintinelles: *portraits de seintinelles, Nathalie*. Retrieved from <https://www.facebook.com/seintinelles?fref=ts>

Sierpina M. (2006). *The Pentimento Project - researching the lived experience of lifestory writing and sharing group participants*. Etats-Unies : UMI Microform. Retrieved from http://books.google.be/books/about/The_Pentimento_Project_Researching_the_L.html?id=p1UhuQAACAAJ&redir_esc=y

Sorsana C. (2001). Éléments de méthodologie des interactions sociales. *Recherche en soins infirmiers*, 65, 14-28. Retrieved from <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/65/14.pdf>

Spiegel D., Bloom J.R. & Yalom I. (1981). Group support for patient with metastatic cancer: a randomized outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38 (5), 527-533. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7235853>

Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C. & Gotthei E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patient with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2571815>

Surugue P. & Lecourt E. (2008). Groupes de parole et cancer du sein: une expérience de sept ans. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 50 (1), 175-184. DOI 10.3917/rppg.050.0175

Tisseron S. (1996). La catharsis purge ou thérapie ? *Les cahiers de médiologie* 1 (1), 181-191. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-de-mediologie-1996-1-page-181.htm>.

Ussher J., Kirsten L., Butow P. & Sandov M. (2006). What do cancer support group provide which other supportive relationships do not ? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social science & medicine* 62, 2565-2576. DOI 10.1016/j.socscimed.2005.10.034

Vollhardt J.R. (2009). Altruism Born if Suffering and Prosocial Behavior Following

Adverse Life Events: A Review and Conceptualization. *Soc Just Res.* Published online. DOI 10.1007/s11211-009-0088-1

Yoo W., Namkoong K., Choi M., Shah D.V., Tsang S., Hong Y., ... & Gustafson D.H. (2014). Giving and receiving emotional support online: Communication competence as a moderator of psychosocial benefits for women with breast cancer. *Computers in Human Behavior*, 30, 13-22. DOI 10.1016/j.chb.2013.07.024

Biblio de la méthodo, à revérifier car changer bcp de texte.

Sorsana C. (2001) Éléments de méthodologie des interactions sociales. *Recherche en soins infirmiers* 65, 14-28. Found on (**trouvé avec google**).

→ Articles pré-mémoire : Sierpina 2006 ; Jauffret-Routside, 2010 ; Beelteston & al., 2011.

→ La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux. D. Razavi et N. Delvaux. Chez Masson, médecine et psychothérapie. Paris.1998.

→ article 8 et article 22.

→ Midlarsky (1991), article 17

Syllabus Kornreich : les grands courants psycho-thérapeutiques : thérapies cognitivo-comportementales.

→ **Il en manque bcp dans méthodo, regarder dans le texte et ajouter !**