



HAL
open science

Adolescents et jeunes adultes atteints de cancer : entre adaptation et conduites à risque

Solène Grégoire

► **To cite this version:**

Solène Grégoire. Adolescents et jeunes adultes atteints de cancer : entre adaptation et conduites à risque. Psychologie et comportements. Université Sorbonne Paris Cité, 2017. Français. NNT : 2017USPCB249 . tel-02179562

HAL Id: tel-02179562

<https://theses.hal.science/tel-02179562>

Submitted on 10 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Descartes

Ecole Doctorale 3CH « Cognition, Comportement, Conduites Humaines »

Laboratoire de Psychopathologie et des Processus de Santé

Adolescents et Jeunes Adultes atteints de cancer

Entre adaptation et conduites à risque

Par Solène Grégoire

Thèse de Doctorat de Psychologie

Dirigée par Cécile FLAHAULT (Maître de conférences – HDR)

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2017

Devant un jury composé de :

Madame Lucia ROMO-DEPREZ (Professeur, Université Paris Ouest Nanterre), Rapporteur
Madame Justine GAUGUE-FINOT (Professeur, Université de Mons, Belgique), Rapporteur
Madame Aurélie UNTAS (Professeur, Université Paris Descartes), Présidente du Jury
Docteur Valérie LAURENCE (Médecin, oncologue médical, Institut Curie Paris), Membre Invitée



MEMBRE DE
USPC
Université Sorbonne
Paris Cité



Université Paris Descartes

Ecole Doctorale 3CH « Cognition, Comportement, Conduites Humaines »

Laboratoire de Psychopathologie et des Processus de Santé

Adolescents et Jeunes Adultes atteints de cancer

Entre adaptation et conduites à risque

Par Solène Grégoire

Thèse de Doctorat de Psychologie

Dirigée par Cécile FLAHAULT (Maître de conférences – HDR)

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2017

Devant un jury composé de :

Madame Lucia ROMO-DEPREZ (Professeur, Université Paris Ouest Nanterre), Rapporteur
Madame Justine GAUGUE-FINOT (Professeur, Université de Mons, Belgique), Rapporteur
Madame Aurélie UNTAS (Professeur, Université Paris Descartes), Présidente du Jury
Docteur Valérie LAURENCE (Médecin, oncologue médical, Institut Curie Paris), Membre Invitée

Résumé (français) : Adolescents et jeunes adultes atteints de cancer : entre adaptation et conduites à risque

La population des adolescents et des jeunes adultes (AJAs – 15-25 ans) atteints de cancer représente environ 1700 nouveaux cas, par an, en France. Depuis quelques années, des services ont vu le jour prenant exclusivement en charge cette population se situant entre l'oncologie pédiatrie et l'oncologie adulte. La création de ces services a été motivée par la spécificité des pathologies cancéreuses à ces âges-là et également pour répondre au mieux aux bouleversements engendrés par la maladie, dans une période de vie qui d'emblée se veut complexe.

L'apparition d'une maladie cancéreuse, potentiellement létale, au cours de l'adolescence, vient impacter à différents niveaux les jeunes patients. La vie est rythmée selon les examens médicaux, traitements et/ou hospitalisations. La scolarité ou l'activité professionnelle sont bien souvent suspendues, reportées voire même remaniées. Alors qu'à cette période de développement les adolescents tentent de se séparer de leurs parents, tant affectivement, que financièrement et socialement, on observe bien souvent un mouvement de retour vers les figures parentales. De plus, la maladie vient directement impacter le corps qui est, entre autres, au centre des préoccupations des adolescents. Ainsi, les problématiques adolescentes sont à la croisée de la maladie et du développement dit « normal » de l'adolescent.

Par ailleurs, nous savons que l'adolescence est la période des premières expériences en termes de relations amoureuses, sexuelles et de consommations de substances (alcool, tabac, cannabis). C'est également une période propice aux addictions comportementales, telles que les jeux vidéo et internet et les troubles des conduites alimentaires.

Objectifs

Cette recherche a pour objectif de décrire les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis chez une population d'adolescents et de jeunes adultes atteints de cancer, ainsi que les conduites alimentaires et en ligne. Cette étude vise également à décrire et comprendre le vécu de ces jeunes et les stratégies adaptatives auxquelles ils ont recours pour faire face à la fois à l'annonce de la maladie et aux traitements.

Méthodes :

Une méthodologie mixte a été utilisée. Le volet quantitatif utilise un ensemble de questionnaires évaluant les stratégies de coping, la symptomatologie anxio-dépressive, les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis, ainsi que les conduites alimentaires et le comportement en ligne. Cette étude propose un suivi de cohorte durant la phase de traitement curatif (N=66) ; 6 mois après le début des traitements (N=20) où l'on met en relation les stratégies adaptatives initiales ainsi que les consommations et conduites alimentaires et en ligne. Le volet qualitatif propose une exploration du vécu personnel de six jeunes patients confrontés à la maladie et aux traitements à l'aide de l'*Interpretative Phenomenological Analysis*.

Résultats :

Les analyses quantitatives ont montré que la grande majorité des participants ne présentaient pas de symptomatologie anxio-dépressive durant les traitements anti-cancéreux et qu'ils se tournaient globalement vers des stratégies centrées sur le problème (acceptation et réinterprétation positive). Une minorité de participants déclarent consommer de l'alcool (3%), du tabac (1,5%) et du cannabis (4,5%). Les participants déclarant avoir des préoccupations concernant l'alimentation représentent 9% de l'échantillon et enfin, environ 19% des participants déclarent un usage problématique d'internet avec de possibles conséquences. Six mois après le début des traitements, l'intensité de la symptomatologie anxio-dépressive a tendance à diminuer. Il n'existe pas de différences significatives entre les scores de conduites à risque, en termes de consommations de substances et de comportements problématiques, au T1 et T2 et les stratégies d'ajustement restent inchangées entre la première et la deuxième passation.

Conclusion :

Dans les premiers mois de prise en charge, les adolescents et jeunes adultes ne présentent pas de symptomatologie anxio-dépressive structurée. Leur modalité de consommation ne présente pas de risque concernant l'observance aux traitements anti-cancéreux. Enfin, les éléments recueillis à travers ce travail, et notamment les analyses qualitatives, permettent de mieux comprendre et d'appréhender le vécu des jeunes patients traités pour une maladie cancéreuse.

Mots-clefs : adolescents et jeunes adultes, cancer, stratégie de coping, addictions

Adolescents and young adults with cancer: between adaptation and risk behaviors

Abstract:

The population of adolescents and young adults (AJAs - 15-25 years) with cancer represent approximately 1,700 new cases per year in France. Over the past few years, services have been developed taking in charge exclusively this population between pediatric oncology and adult oncology. The creation of these services was motivated by the specificity of the cancer pathologies at these ages and also to respond better to the upheavals caused by the disease, in a period of life which from the outset wants to be complex.

The appearance of a potentially lethal cancerous disease during adolescence is affecting young patients at different levels. According to medical examinations, treatments and / or hospitalizations life is punctuated. School or professional activity are often suspended, postponed or even reworked. While in this period of development, adolescents try to separate themselves from their parents, emotionally, financially and socially, there is often a movement back to the parent figures. Moreover, the disease directly impacts the body which is, among other things, at the center of adolescents' concerns. Thus, adolescent problems are at the crossroads of the disease and the so-called "normal" development of the adolescent.

Nevertheless, we know that adolescence is the first experience period in terms of romantic relationships, sexual relations and consumption of substances (alcohol, tobacco, cannabis). It is also a period conducive to addictions behaviors, such as video games and internet and eating disorders.

Aims

The objective of this research is to describe alcohol, tobacco and cannabis consumption in a population of adolescents and young adults with cancer, as well as eating and online behaviors. This study also aims to describe and understand the experiences of these young people and the adaptive strategies they use to deal with both the announcement of the disease and treatments.

Methods

A mixed methodology was used. The quantitative component uses a set of questionnaires evaluating coping strategies, depressive-anxiety symptoms, tobacco, alcohol and cannabis use, as well as eating behaviors and online behavior. This study proposes a cohort follow-up during the curative treatment phase (N 66); 6 months after the beginning of treatments (N20) where the initial adaptive strategies as well as the consumption and behavior of food and online are related.

The qualitative component provides an exploration of the personal experiences of six young patients with disease and treatment using the Interpretative Phenomenological Analysis.

Results

Quantitative analyzes showed that the vast majority of participants did not exhibit symptomatology anxio-depressive during anti-cancer treatments and that they generally turn to oriented strategies problems (acceptance and positive reinterpretation). A minority of participants reported using alcohol (3%), tobacco (1.5%) and cannabis (4.5%).

Participants claiming to have food disorder count for 9% of the sample, and finally, about 19% of participants report problematic use of the Internet with possible consequences.

Six months after the onset of treatment, the intensity of anxiety-depressive symptoms tends to decrease. There are no significant differences between scores of lines at risk at T1 and T2 and the adjustment strategies remain unchanged between the first and the second passes.

Conclusion

In the first few months of treatment, adolescents and young adults have no structured anxio-depressive symptoms. Their mode of consumption does not present any risk regarding adherence to anti-cancer treatments. Finally, the information gathered through this work, and in particular the qualitative analyzes, make it possible to understand better and apprehend the experience of young patients treated for a cancerous disease.

Keywords: Adolescents and young adults, cancer, coping, addictions

L'obscurité ramène toujours à l'essentiel

G.L

Remerciements

Mes remerciements s'adressent dans un premier temps à Madame Cécile Flahault, ma directrice de thèse, pour son soutien et sa confiance durant ces trois années de thèse. Merci de m'avoir permis de sortir de ma zone de confort et de m'avoir ouvert des portes qui me semblaient inaccessibles, toujours avec une grande bienveillance.

Je remercie l'ensemble des membres du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé de l'Université Paris Descartes et ceux de l'équipe 3, pour leur regard pertinent et extérieur sur mon travail.

J'adresse mes sincères remerciements aux membres de mon jury, le Professeur Aurélie Untas qui le préside, mes rapporteurs le Professeur Lucia Romo et le Professeur Justine Gaugue, ainsi qu'au Docteur Valérie Laurence, membre invitée, qui m'ont fait l'honneur de relire ce travail de thèse et d'y apporter leur regard d'expert.

Merci au Docteur Valérie Laurence de m'avoir proposé de collaborer autour de ce projet et de m'avoir ouvert les portes de son service AJA de l'Institut Curie. Merci à l'ensemble des médecins oncologue du service DOP-AJA de l'Institut Curie, les Dr Levy, Dr Pacquement, Dr Orbach et Dr Michon, et plus largement à mes collègues psychiatre et psychologue, le Docteur Etienne Seigneur et Caroline Dubois, d'avoir accepté que cette recherche puisse avoir lieu.

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble des équipes médicales qui se sont toujours montrées disponibles et curieuses vis-à-vis de cette recherche. Merci aux infirmières coordinatrices, Marie-Cécile et Valérie de l'Institut Curie pour leur disponibilité. Merci Sandra pour ta bonne humeur.

Un grand merci aux centres de recrutement qui ont collaboré autour de cette recherche. Sophie Chauvet pour le CHU de Nantes, merci pour ta disponibilité et pour le travail que tu as fourni sur le terrain. Merci à Loïc Dagonne pour son travail au sein de l'Institut Gustave Roussy. Merci à l'ensemble de vos équipes soignantes pour l'intérêt qu'ils ont porté à cette étude et aux Dr Gaspar et Dr Corradini d'avoir impulsé cette recherche dans leur service respectif.

Je remercie l'ensemble de mes collègues de l'Unité de Psycho-Oncologie de l'Institut Curie. Tout d'abord le Docteur Sylvie Dolbeault pour l'attention qu'elle a eu à l'égard à la fois du bon déroulement de ma prise de poste au sein de l'UPO et de celui de ma thèse ; merci au Docteur Lavielle pour sa relecture et son regard d'expert en tant qu'addictologue, merci au Docteur Soulié, à Sylvia

Zimmers, David Malinowski, Béatrice Claret, Maylis Dugers et Anne Brédart pour leur regard bienveillant, leur soutien, et leur accueil à mon arrivée,

Merci à Michelle et Candie nos secrétaires, pour leurs sourires et disponibilités.

Merci à Olivier Lareyre, pour ses conseils précieux d'ancien thésard et pour nos riches échanges.

J'ai également une pensée pour Madame Emile Boujut qui, il y a presque 5 ans, m'a fait découvrir la psychologie de la santé.

Enfin, je remercie Madame Léonor Fasse qui m'a tant appris à la fois sur le plan clinique et sur les analyses qualitatives. Je garde un très bon souvenir de mon passage à l'IGR en tant que psychologue-stagiaire.

Un grand merci à Alexis Ruffault, mon collègue et voisin thésard, pour sa patience et sa pédagogie lors de nos sessions stats', et sa bonne humeur sans faille.

Merci Christel pour tes lumières scientifiques et statistiques au cours de ces années facs, et ton soutien au cours des dernières semaines de rédaction.

J'adresse mes chaleureux remerciements à mes proches, famille et amis. A mes parents dont le soutien absolu m'a accompagné durant ces nombreuses années, à Damien et Constance pour le lien fraternel qui nous lie et leur regard parfois amusé sur leur cadette.

A l'ensemble de la team *Grégoire-cousins*, pour tous ces moments passés ensemble et la bienveillance à l'égard de la-petit-dernière... Merci beaucoup Aimé pour l'aide que tu m'as apporté en anglais.

Un grand merci à Ariane et Aloïsse pour leur amitié si précieuse, à Alexandra pour ta sagesse et tes gentils mots quand j'étais en plein doute, à mes très chers et vieux amis : Emmanuel, Régis, Agathe, Marion, Philippine et Marc-Antoine pour cette amitié qui nous lie depuis de nombreuses années...

Enfin, ce travail de thèse n'aurait pu se réaliser sans les adolescents et jeunes adultes des différents centres recruteurs, je les remercie vivement d'avoir accepté de participer à cette recherche.

Aux absents...

Table des matières

REMERCIEMENTS	12
SOMMAIRE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	20
INTRODUCTION	22
 PREMIERE PARTIE : L'ADOLESCENT ET LE JEUNE ADULTES	 25
<u>Chapitre 1 : Psychopathologies de l'adolescent : du normal au pathologique</u>	25
1. Le développement de l'adolescent	25
1.1 Les changements corporels	27
1.1.1 La puberté	27
1.1.2 L'adolescence et le corps	27
1.2 Le psychisme	28
1.3 L'angoisse, les mouvements anxieux et dépressifs à l'adolescence	30
1.3.1 Les états anxieux à l'adolescence	30
1.3.2 Les états dépressifs à l'adolescence	31
1.4 Les conduites à risque ou les conduites <i>de</i> risque	34
1.5 L'identité	34
 2. Le jeune adulte	 37
<u>Chapitre 2 : Consommations d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes</u>	40
1. Définition	40
 2. Données épidémiologiques et typologies des consommations en population générale	 42
 3. Données épidémiologiques et typologies des consommations chez les adolescents	 46
 4. Troubles liés à l'usage d'une substance	 49
4.1 Alcool	49
4.1.1 Définition de l'usage d'alcool	49
4.1.2 Modes de consommation d'alcool chez les jeunes et comorbidités	51
4.1.3 Facteurs de risque et vulnérabilité chez les adolescents	54
a) Caractéristiques des consommations à risque	54
b) Facteurs de risque environnemental : la place de la famille et des pairs	54
c) Facteurs de risque individuels	55
4.2 Tabagisme	56
4.2.1 Facteurs de risque du tabagisme	56
4.2.2 Tabagisme et stratégies de coping	59
4.2.3 Motivations à consommer du tabac	60
4.2.4 La « vape » : nouvelle forme de consommation tabagique	61
4.3 Cannabis	63
4.3.1 L'usage du cannabis	63
4.3.2 Comorbidités et usage de cannabis	65
 5. Modèles explicatifs de l'addiction	 70

6. Consommations d'alcool, de tabac, de cannabis et complications somatiques	71
<u>Chapitre 3 : Addictions comportementales</u>	73
1. Troubles des conduites alimentaires	73
1.1 Définitions et caractéristiques cliniques	76
1.1.1 Anorexie mentale	76
1.1.2 Boulimie	78
1.1.3 Troubles des conduites alimentaires non spécifiés	79
1.2 Comorbidités somatiques et anorexie	80
2. L'addiction à internet	82
2.1 Définition	82
2.2 Principaux types de jeux vidéo	84
2.3 Prévalence	85
2.4 Troubles associés	87
2.5 Jeux vidéo et activité standard en milieu somatique	89
DEUXIEME PARTIE : L'AJUSTEMENT AUX SITUATIONS STRESSANTES	93
<u>Chapitre 1 : Les stratégies de coping</u>	93
1. Définition générale	93
2. Les différentes stratégies de coping	97
<u>Chapitre 2 : Les mécanismes de défense</u>	101
1. Définition générale	101
2. Stratégies de coping et mécanismes de défense : un chevauchement possible ?	102
3. Les stratégies de coping et les mécanismes de défense mis à l'épreuve dans une population d'adolescents et de jeunes adultes	103
<u>Chapitre 3 : Les stratégies de coping et les conduites addictives à l'adolescence</u>	107
TROISIEME PARTIE : ADOLESCENCE ET MALADIE SOMATIQUE	111
<u>Chapitre 1 : L'adolescent malade</u>	111
1. La maladie chronique	111
2. Stratégies d'ajustement face à la maladie chronique à l'adolescence	114
<u>Chapitre 2 : l'adolescent atteint de cancer</u>	116
1. Les caractéristiques du cancer chez les adolescents et les jeunes adultes	116
1.1 Traitements et effets secondaires sur le corps	116
1.2 Les troubles des conduites alimentaires en oncologie	119
1.3 La survie	124
1.4 Ce que prévoit le plan cancer	125
1.5 Une prise en charge spécifique	129

2. Clinique des adolescents et jeunes adultes suivis en oncologie	130
2.1 L'expérience de la maladie chez des jeunes en cours de traitement	131
2.2 Symptômes et groupe de symptômes présents chez les jeunes patients en cours de traitement	134
2.3 Adaptation des adolescents et jeunes adultes en rémission d'un cancer	136
3. « Les survivants du cancer »	139
3.1 Effets à long terme des traitements	139
3.2 Bénéfices associés à l'expérience de la maladie et conséquences négatives de celle-ci	140
3.3 Adaptation et qualité de vie des adolescents et jeunes adultes guéris du cancer	141
3.4 Etat des consommations de substances chez les adolescents et jeunes adultes guéris du cancer	143
4. Adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et consommation de substances	144
Problématique et objectifs de recherche	150
QUATRIEME PARTIE : PRESENTATION DES ETUDES EMPIRIQUES	152
<u>Chapitre 1 : Méthodologie de l'étude quantitative</u>	152
1. Participants	152
2. Procédure de recrutement et enregistrement des participants	153
3. Aspects éthiques	156
4. Outils d'évaluation	157
4.1 Données sociodémographiques et médicales	157
4.2 Variables d'adaptation	157
4.2.1 Les stratégies de coping	157
4.2.2 Symptomatologie anxio-dépressive	158
4.3 Variables de consommations	159
4.3.1 Consommation d'alcool	159
4.3.2 Consommation de tabac	160
4.3.3 Consommation de cannabis	160
4.4 Variables d'addictions comportementales	161
4.4.1 Internet	161
4.4.2 Les conduites alimentaires	161
5. Objectifs et hypothèses de l'étude quantitative	163
6. Analyses statistiques	164
<u>Chapitres 2 : Résultats quantitatifs en T1</u>	166
1 Description globale de l'échantillon à T1	166
1.1 Description sociodémographique et clinique	166
1.2 Consommations de substances, utilisation d'internet et préoccupations alimentaires	168
1.3 Symptomatologie anxio-dépressive	171
1.4 Style de coping	171

2. Regard croisé entre les variables de conduites à risque, de détresse psychologique et de stratégies de coping	176
2.1 Relation entre les conduites à risque et la détresse psychologique	176
2.2 Relation entre les conduites à risque et les stratégies de coping	176
2.3 Relation entre la détresse psychologique et les stratégies de coping	178
2.4 Utilisation des stratégies de coping en fonction de l'interaction entre la détresse psychologique et les conduites à risque	180
3. Comparaison descriptive entre T1 (au moment du diagnostic) et T2 (6 mois après le diagnostic)	184
4. Discussion de l'étude quantitative	186
5. Conclusion de l'étude quantitative	197
<u>Chapitre 3 : Le vécu de la maladie chez les jeunes patients : une analyse phénoménologique interprétative</u>	200
1. Procédure et recrutement pour l'étude qualitative	200
2. Choix et description de la méthodologie	201
2.1 l'IPA en pratique	203
2.1.1 L'attitude phénoménologique	203
2.1.2 La collecte des données	204
2.1.3 Analyse du matériel qualitatif	204
3. Equation intellectuelle du chercheur	205
4. Objectifs généraux de l'étude qualitative	206
5. Analyse des thèmes majeurs	207
5.1 Premier thème majeur : se confronter aux bouleversements induits par la maladie	208
5.1.1 Rupture dans le rythme de vie	208
5.1.2 Image de soi	210
5.1.3 Ajustement à la maladie	212
5.2 Deuxième thème majeur : les consommations avant, pendant la maladie et réflexion sur l'après-traitement	213
5.2.1 Définitions des différents contextes de consommation	214
5.2.2 Variation des modes de consommation	215
5.2.3 Utilisation excessive d'internet	219
5.3 Troisième thème majeur : les relations sociales	224
5.3.1 Verbalisation de la reconnaissance pour les proches	224
5.3.2 Etayage sur les patients qui sont de nouveaux pairs	225
5.4 Quatrième thème majeur : Transformer l'expérience de la maladie	227
6. Analyse des thèmes secondaires	230
6.1 La dépendance (soins médicaux et le retour chez les parents)	230
6.2 Hygiène de vie : alimentation	232
7. Description des similitudes et des différences dans la mise en sens	236

8. Le récit phénoménologique/interprétatif à travers l'équation intellectuelle du chercheur	240
9. Discussion de l'étude qualitative	242
10. Conclusion de l'étude qualitative	252
DISCUSSION GENERALE	255
CONCLUSION GENERALE	268
Bibliographie	272
Portfolio du doctorant	294
ANNEXES	297
- Cahier d'observation à T1	297
- Questionnaire sociodémographique à T2	310
- Entretiens de recherche	312
- Avis des comités éthiques	400

Sommaire des tableaux et des figures

<u>Figure 1.</u> Les différents stades de la consommation d'alcool	50
<u>Figure 2.</u> Processus de coping	94
<u>Figure 3.</u> Les stratégies de coping : aspects processuels et déterminants	99
<u>Figure 4.</u> Les stratégies de coping utilisées en fonction du genre	174
<u>Tableau 1.</u> Données sociodémographiques et cliniques de l'échantillon à T1 (N=66)	167
<u>Tableau 2.</u> Répartition de la population selon les cut-off établis pour l'ensemble des variables qui évaluent les consommations de substances et les comportements problématiques	168
<u>Tableau 3.</u> Effectif des participants présentant au moins une consommation ou comportement problématique	169
<u>Tableau 4.</u> Différences de distribution par groupe avec et sans conduites à risque	170
<u>Tableau 5.</u> Scores moyens à la HADS (N=66)	171
<u>Tableau 6.</u> Stratégies de coping en fonction du genre	173
<u>Tableau 7.</u> Comparaison des scores de stratégies de coping en fonction des conduites à risque	177
<u>Tableau 8.</u> Comparaison des scores de stratégies de coping en fonction de la détresse psychologique	179
<u>Tableau 9.</u> Comparaisons des stratégies de coping utilisées en fonction de la détresse psychologiques et des conduites à risque	182
<u>Tableau 10.</u> Comparaison de la symptomatologie anxio-dépressive, des consommations et comportements problématiques, et des stratégies de coping entre T1 et T2	184

Introduction

En France, le cancer des 15-25 ans représente environ 1700 nouveaux cas par an. La prise en charge des adolescents et des jeunes adultes représente un enjeu bien compris par le troisième plan cancer, en cours (2014-2019), qui a permis d'ouvrir depuis quelques années, maintenant, des services spécialisés dans l'accueil et la prise en charge médicale de ces jeunes. La spécificité de la prise en charge des 15-25 ans dans le champ de l'oncologie se situe sur plusieurs niveaux. Le premier niveau est de faire appel aux connaissances des prises en charge, à la fois des cancers pédiatriques et adultes et de travailler conjointement autour des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer. Le second niveau est relatif au respect du développement de ces jeunes et la prise en compte de la maturation cognitive, affective et sexuelle à l'œuvre à cette période.

La période de l'adolescence et du début de l'âge adulte est une période complexe au cours de laquelle il s'agit de faire ses propres choix en termes de cursus scolaire ou de projets professionnels. C'est une période au cours de laquelle apparaît le désir de s'autonomiser et de se rapprocher de ses pairs. Ces mouvements d'indépendance et d'affirmation de soi peuvent se manifester de manière plus ou moins bruyante en référence à ce que l'on nomme couramment la « crise d'adolescence ». Les études s'intéressant aux problèmes de santé mentale chez les adolescents montrent dans l'ensemble que 12% des jeunes âgés de 13 à 18 ans souffrent de dépression¹, tandis que les troubles anxieux généralisés concernent 3% des 13-19 ans². L'adolescence est la période où apparaissent les expérimentations en termes d'alcool, de tabac et de cannabis.

¹ Source Inserm 2015

² Source Inserm 2003

Des enquêtes récentes montrent que l'alcool est la première substance psychoactive, en France, à être expérimentée, et ce de manière précoce mais également en termes d'usage occasionnel. Aussi, 59% des jeunes âgés de 17 ans ont déjà connu un épisode d'ivresse. La consommation quotidienne d'alcool représente moins de 1% des jeunes de 17 ans. (Source : Inserm 2014). Le tabac est consommé quotidiennement chez 30% des filles et 33% des garçons âgés de 17ans. Enfin, le cannabis représente la première substance psychoactive illicite consommée chez les adolescents en France. Ils étaient 42% en 2011 à avoir fumé au moins une fois du cannabis. L'usage régulier du cannabis (au moins 10 fois dans le mois) concerne 7% des élèves de terminal en 2011. Plus largement, la pratique d'internet et les troubles alimentaires sont désormais considérés comme des troubles addictifs à part entière. Un rapport de 2014 de l'Inserm souligne que 26% des joueurs rapportent avoir rencontré des problèmes à l'école ou au travail à cause de leur pratique de jeux vidéo. Concernant les troubles alimentaires, l'anorexie mentale concerne 0,5% des filles et 0,03% des garçons âgés de 12 à 17 ans.

Enfin, concernant la consommation de psychotropes, 41% de jeunes âgés de 17 ans ont déclaré avoir déjà pris au cours de leur vie un médicament psychotrope dont la première consommation correspond aux anxiolytiques (15%), suivis des somnifères (11%) et enfin les antidépresseurs (6%)¹.

A notre connaissance, il existe peu de littérature concernant les conduites addictives chez les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer. La littérature recensée, dans la première partie de ce travail de thèse, met en avant des études, pour la plupart rétrospectives, interrogeant des adultes guéris du cancer, des années après leur prise en charge et la fin des traitements.

Cette recherche avait pour objectif de croiser des problématiques adolescentes dans le champ de l'oncologie. En effet, au vu des conduites addictives initiées au cours de l'adolescence nous nous sommes demandé quelle pouvait être leur incidence dans le cadre de prise en charge médicale.

¹ Source: Inserm 2014

En parallèle de l'évaluation des conduites addictives nous avons porté une attention sur l'ajustement émotionnel et cognitif des jeunes patients en cours de traitement contre le cancer.

Ce travail de recherche s'articule en quatre grandes parties. La première partie fait état du cadre théorique concernant le développement « normal » des adolescents et des jeunes adultes. La deuxième partie précise les concepts d'ajustement en confrontant les notions de stratégies de coping et de mécanismes de défense. Il sera aussi question, dans cette partie, de souligner l'ajustement des adolescents et des jeunes adultes dans leur fonctionnement global. Enfin, la troisième et dernière partie de cette revue de la littérature s'intéressera aux adolescents et jeunes adultes atteints de maladie somatique. Il sera question ici de décrire et de souligner les mouvements psychiques des jeunes malades et plus précisément, dans une autre sous partie, de faire le point sur les connaissances acquises sur les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer.

La quatrième et dernière partie de ce travail de recherche présentera les études empiriques avec notamment un volet quantitatif et qualitatif. Il sera question en fin de ce travail de recherche de proposer une réflexion, à la fois en termes de recherche et en termes de clinique, concernant la prise en charge des jeunes en oncologie.

Ce travail s'inscrit à la croisée de différentes épistémologies : théories psycho-dynamiques, concepts de psychologie de la santé, car ce travail de thèse et la réflexion clinique qui le sous-tend et en découle se réfèrent à une conception intégrative de la psychologie clinique et de la psychopathologie.

Première partie

L'adolescent et le jeune adulte

L'adolescence, du latin « *adolescere* », veut dire « croître », « grandir ». Les auteurs s'accordent sur la définition de l'adolescence, en soulignant le fait que c'est une période de croissance tant psychique que physique. Les transformations corporelles à l'œuvre à cette période viennent menacer l'identité et la représentation de soi des adolescents (Despinoy, 2002). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la période de l'adolescence se situe entre l'âge de 10 et 19 ans ; en d'autres termes, cette période se situe également entre l'enfance et l'entrée dans l'âge adulte. L'adolescence est une période complexe durant laquelle différents enjeux/mouvements sont à l'œuvre. Dans cette première partie nous souhaitons resituer l'adolescent au cours de son développement normal et pathologique. Nous évoquerons alors les différentes phases qui apparaissent lors de l'évolution de l'adolescence et les remaniements qui apparaissent.

Chapitre 1 : Psychopathologies de l'adolescent : du normal au pathologique

1. Le développement de l'adolescent

Braconnier et Marcelli (1998) ont défini trois étapes de travail psychique dans le développement de l'adolescence : la phase de l'attente, la phase de changement et la phase de découverte. La phase de l'attente est précédée par la période de latence qui marque le déclin de la sexualité infantile et le début de la puberté. La période de l'attente correspond à l'entrée dans l'adolescence aux environs de 10-13 ans.

C'est une période où les adolescents anticipent les changements à venir, tels que les transformations physiques : les filles ont ainsi connaissance de l'arrivée prochaine des premières règles et du développement de leur poitrine, les garçons se préoccupent eux de l'apparition des premiers poils pubiens et de la taille de leur sexe. Nous reviendrons plus en détail sur les transformations physiques et sexuelles. Suite à la période de l'attente, vient la période de changement au cours de laquelle surviennent les changements que ces jeunes avaient au préalable anticipés. Les premiers changements constatés sont d'abord physiques mais le changement se produit aussi sur le plan psychologique avec le remaniement des intérêts et des désirs. Il s'agit pour l'adolescent de trouver à l'extérieur de la sphère familiale de nouvelles sources de satisfaction. Le changement psychologique s'effectue également auprès de la sphère familiale où l'on assiste à un besoin de s'éloigner de ses parents ou figure parentale et ainsi de se rapprocher de ses pairs. Enfin, la phase de découverte survient une fois les deux premières périodes passées. Il s'agit alors pour les adolescents de se réajuster avec leur nouveau corps et les remaniements psychiques à l'œuvre. Ces différentes phases peuvent s'accompagner de ce que nous appelons couramment la « crise d'adolescence ». Aujourd'hui, et notamment dans ce cadre de travail de thèse nous utiliserons plutôt les désignations suivantes : « le travail psychique pubertaire », « processus de séparation-individualisation » ou encore « travail de deuil » ; nous reviendrons plus longuement sur ces notions. Ainsi, le changement au cours de l'adolescence est repérable à la fois sur le plan des modifications corporelles et de la place de la position sociale avec la recherche d'une certaine autonomie.

1.1. Les changements corporels

1.1.1 La puberté

En reprenant la classification de Tanner (1962), nous constatons que chez les filles, les premières manifestations pubertaires sont le développement des glandes mammaires dans un premier temps, puis l'apparition des poils pubiens, la modification de l'aspect de la vulve et enfin l'apparition des premières règles. On note aussi chez la fille, durant cette période, la possibilité d'une prise de poids.

Chez le garçon, le premier signe de puberté est l'augmentation du volume testiculaire, puis l'apparition de la pilosité pubienne ainsi que l'augmentation de la verge (as cited in Daniel Marcelli & Braconnier, 2013, p.6). Ces manifestations physiologiques ont un impact sur le plan psychologique aussi bien dans la réalité qu'au niveau symbolique.

1.1.2 L'adolescence et le corps

Le corps est au centre des préoccupations des adolescents. A différents niveaux le corps de l'adolescent devient une problématique : à la fois par rapport à sa propre image et aux autres. Ainsi, Schilder (1984) a déterminé trois axes de compréhension du rapport de l'adolescent à son propre corps (as cited in Marcelli & Braconnier, 2013, p.123). Le premier axe se situe au niveau du schéma corporel. Celui-ci se situe à un registre sensori-moteur et est en lien avec le travail de deuil qui est l'équivalent du travail de l'adolescence. Aussi, ce travail de deuil consiste en une « perte d'objet » qui se décrit en une perte d'objet primitif et une perte de l'objet œdipien. Cette dernière permet à l'adolescent de s'affranchir de ses parents et ainsi créer son indépendance. C'est à cette période que des moments de dépression surviennent, nous y reviendrons dans un autre chapitre. Le second axe décrit par Schilder (1984) est l'image du corps qui appartient au registre symbolique. Cet axe dépend ainsi des investissements dynamiques, libidinaux et agressifs. L'image du corps et sa symbolique viennent alors à l'encontre de problèmes de limites avec des incertitudes concernant l'image du corps que l'on peut retrouver dans des problématiques de dysmorphophobie par exemple.

Enfin, le dernier axe est celui du corps social. Ici, le corps se présente comme le véhicule de « l'être au monde ». C'est dans ce cadre-là que les adolescents se questionnent alors sur la normalité en se comparant, notamment, à leurs pairs. Le corps serait alors utilisé comme un objet relais aux diverses pulsions libidinales et agressives. Aussi, le corps apparaît comme un objet transitionnel sur lequel les marques de certaines pathologies somatiques se manifestent. Les transformations corporelles ont deux enjeux : le premier serait de maintenir un sentiment de continuité d'existence dans un corps qui change, et le second enjeu serait d'intégrer ces différentes transformations dans le fonctionnement psychique.

1.2. Le psychisme

Le processus psychique à l'œuvre au cours de l'adolescence serait désigné sous le terme de « pubertaire ». Aussi, par analogie, le pubertaire serait à la psyché ce que la puberté est au corps.

Les changements physiques opérés et leurs intériorisations permettent l'intégration du Moi. Il s'agit alors pour les adolescents d'appivoiser et de s'approprier leur nouvelle apparence physique (Birraux & Marty, 2013). L'adolescent aux prises avec les bouleversements engendrés par la puberté se reconstruit et intègre sa nouvelle identité sexuelle. Tout le travail de l'attente, de changement puis de découverte vu précédemment débouche sur la construction de l'identité à l'œuvre au cours de cette période : de la pensée concrète à la pensée formelle pour Piaget (1936), et des représentations présexuelles aux représentations sexuelles pour les psychanalystes.

L'intériorisation du corps se fait en parallèle du remaniement psychique et des processus d'individuation-séparation d'avec les parents. Au cours de la période adolescente, les adolescents tentent de se séparer progressivement de leur figure parentale en adoptant des conduites ambivalentes, à la fois une fuite du foyer familial et des membres de la famille et une recherche affective parfois brutale (Despinoy, 2002). La traversée du début de l'adolescence est différente selon le genre féminin ou masculin. Les deux sexes ne cherchent pas à être complémentaires, et chacun cherche à créer des relations avec les pairs du même sexe.

D'un côté les filles prennent de la distance avec le foyer par le moyen d'activités extérieures ou elles trouvent refuge dans leur chambre. De l'autre côté, les garçons se distancient de leurs parents et montrent parfois de brusques mouvements affectueux.

Dans cette recherche d'individualisation, les adolescents créent des amitiés, qualifiées de « narcissiques », car celles-ci représentent l'objet d'identification pour ces jeunes. L'individualisation-séparation est à l'œuvre également par le phénomène de création (Azoulay, 2012). La création chez l'adolescent serait possible par la séparation d'où découlerait la mise en sens. Cette mise en sens permet d'orienter des choix personnels au service du désir. Et finalement cette conquête du nouveau permet à l'adolescent de s'inscrire dans sa propre histoire. Il est courant d'observer que cette phase de transition dans le développement normal de l'adolescent soit bruyante avec des comportements nouveaux teintés à la fois d'agressivité et de mouvements affectifs. On observe également un certain isolement ainsi qu'une tendance à l'intellectualisme de la part des adolescents (Despinoy, 2002). A cette période de vie, les adolescents se plaisent à penser et à demeurer dans le monde imaginaire. Cahn (1997) caractérise le processus de subjectivation dans la problématique de l'adolescence. Nous évoquerons ici le sens que prend ce processus dans le développement de l'adolescent. Le processus de subjectivation, à l'adolescence, renvoie plus à la différenciation qu'au processus d'individualisation-séparation. Il s'agit en effet, de prendre connaissance de son propre fonctionnement en s'appropriant le corps sexué et en se référant à ses propres capacités de créativité (Bertrand, 2005). La subjectivation peut se manifester, parfois, par certains passages à l'acte qui font office de symptômes (Marcelli, 2007). La subjectivation émane directement de l'intersubjectivité, qui se définit, selon Golse, comme « [...] processus de la différenciation extra psychique qui permettent à chaque individu de se vivre comme séparé de l'autre » (as cited in Marcelli, 2007, p.253).

La séparation, comme travail psychique à l'adolescence, permet à deux personnes de se quitter sans que l'un ou l'autre ne vive cette séparation comme menaçant sa propre existence. Ce processus de séparation s'accompagne, parfois, d'affects dépressifs ou encore de mouvements d'angoisse (Marty, 2014).

L'adolescence est une période de grande richesse mais aussi une période de fragilité au cours de laquelle le basculement vers le pathologique peut advenir. Les défauts d'individualisation-séparation et de subjectivation peuvent en être la conséquence. Le processus de l'adolescence est ainsi vu sur un continuum. Nous avons vu le développement dit « normal » de l'adolescent mais nous savons que cette période complexe est également une période propice à l'apparition de troubles psychiatriques. Il apparaît parfois des confusions entre le développement normal et le développement pathologique de l'adolescent. Il s'agit alors de distinguer ce qui est propre aux manifestations normales du processus adolescent, du développement de traits psychopathologiques pouvant se fixer et menacer « le travail de deuil » à l'œuvre.

1.3. L'angoisse, les mouvements anxieux et dépressifs à l'adolescence

1.3.1 Les états anxieux à l'adolescence

Le développement de l'adolescent et les changements corporels s'accompagnent, généralement, d'angoisse, qui reste un affect de base chez les adolescents. Celle-ci s'exprime de différentes manières. Aussi, les auteurs distinguent trois étapes dans le développement de l'angoisse à l'adolescence : la première se situe au niveau des manifestations physiques. La seconde étape est marquée par une crainte extrême.

Enfin, la dernière étape se définit comme signal-symptôme ; c'est-à-dire le moi suscitant l'angoisse face à un danger potentiel, il en résulte alors, selon Freud, une « manifestation subjective du fait qu'une quantité d'énergie n'est pas maîtrisée » (as cited in Laplanche & Pontalis, 2009, p.447).

1.3.2 Les états dépressifs à l'adolescence

Les affects dépressifs sont également présents lors des remaniements adolescents. Ceux-ci peuvent être à l'origine des échecs scolaires, des conduites suicidaires ou encore des addictions. Les auteurs expliquent les affects dépressifs en les comparant *au processus du deuil* et notamment, ici, au travail de deuil pubertaire.

La dépression chez les adolescents peut se manifester par des symptômes moins habituels. Ainsi on peut noter les symptômes saillants suivants : des manifestations corporelles plutôt que l'expression d'une plainte ; une humeur irritable plutôt que triste ; une capacité, toutefois, à se mobiliser par moment ; une agitation avec la présence d'une hyperactivité, une hypersomnie et l'augmentation de l'appétit ; la présence d'un sentiment de désespoir et d'impuissance, et enfin une certaine idéation suicidaire marquée plutôt par une fascination de la mort (présente notamment par la musique et l'écrit). Abraham (1912) explique ainsi que le deuil est « l'émoi normal » qui correspond à la dépression (as cited in Marcelli & Braconnier, 2014, p.246). Aux conceptions du processus de deuil s'ajoute celle du processus de séparation pour expliquer, à nouveau, les affects dépressifs à l'œuvre chez les adolescents. La séparation renvoie d'emblée à la différenciation. Celle-ci se définit dans un premier temps par la perte d'objet dans la mesure où l'objet n'existera plus jamais comme avant dans la réalité, et dans un second temps par une rupture et celle-ci peut être traumatique.

Les pertes au cours de l'adolescence se situent à quatre niveaux : le premier correspond au corps et aux changements corporels comme nous avons vu précédemment ; au second niveau se situent les parents et le remaniement des effectifs des relations devant le deuil de la mère-refuge et le deuil des objets œdipiens. Le groupe est une perte d'un autre niveau, il correspond au fait de quitter le groupe familial pour, à mesure, entrer dans le groupe de pairs. Et enfin, le dernier niveau des pertes correspond au rapport à soi. La survenue de nouveaux investissements à cet âge-là contraint l'adolescent à faire des choix.

Ainsi, nous relevons dans ce sens trois composantes de la dépression. La première est la perte d'un objet fondamental ; la seconde est une problématique d'ambivalence envers l'objet avec à la fois la présence de mouvements agressifs, de la haine et de la culpabilité envers cet objet ; et enfin un affect dépressif de base se définissant comme une « réaction défensive et d'alerte ». On parle alors d'« ambiance dépressive » qui se manifeste pour les adolescents par : une humeur dépressive avec ce que l'on appelle couramment des « sautes d'humeur », un ennui caractérisé par une certaine monotonie, un manque d'intérêt et une fatigue, et enfin le concept de morosité qui renvoie à ce sentiment de vide intérieur reconnu par certains adolescents et notamment l'absence d'investissement du monde extérieur. Toutefois, à cette période, il s'agit de bien différencier une dépressivité dite « normale » ou une dysphorie pubertaire d'une dépression structurée. Cette différence se révèle notamment dans le caractère transitoire de la dysphorie pubertaire et dans le fait qu'elle n'altère par le fonctionnement global de l'individu. Aussi, l'approche dynamique et la nosographie du DSM 5 (2013) s'accordent sur certains traits pour définir l'épisode dépressif et se rejoignent sur trois aspects tels que : l'autodépréciation, l'autodestruction et le ralentissement psychomoteur. La classification du DSM 5 précise les critères diagnostiques avec notamment l'intensité et la durée des symptômes, les spécifications mélancoliques avec les traits mixtes, et les traits anxieux, atypiques, et enfin la symptomatologie suicidaire.

Les conduites de lutte qui caractérisent la dépression adolescente révèlent un aménagement de certains mécanismes de défense afin de faire face aux différents mouvements émanant du processus d'adolescence. Marcelli et Braconnier (2014) en définissent trois pour les adolescents. Le premier moyen de défense à l'œuvre est l'intellectualisation. Ce concept a été, entre autres, défini par A. Freud (1936). L'intellectualisation est définie alors comme un mécanisme de défense du Moi afin de mieux maîtriser les pulsions au niveau de la pensée. Au niveau clinique on observe alors chez les individus et chez les adolescents un usage fréquent de pensées abstraites ou de généralisations. Cette utilisation permet de contrôler ses propres affects sans s'impliquer personnellement et ainsi les transformer en quelque chose de plus global (as cited in Callahan & Chabrol, 2016, p.48). Aussi, dans ce cadre-là il n'est pas rare d'observer chez les adolescents de longues discussions autour de leur vision du monde, de leurs opinions politiques ou religieuses par exemple. Le clivage est le deuxième moyen de défense observable chez les adolescents. Celui-ci est défini comme une division de soi et des objets en parties entièrement bonnes ou mauvaises. Selon la classification de Kernberg (1984), le clivage fait partie des organisations défensives à la fois des états limites, de certains troubles de la personnalité et de psychoses (as cited in Callahan & Chabrol, 2016, p.70). Mais, certaines formes moins sévères du clivage peuvent se retrouver chez les adolescents et dans certaines organisations névrotiques. Cliniquement, le clivage se manifeste chez les adolescents par le passage d'une opinion à l'autre, d'un idéal à l'autre, et ce, de manière assez brusque. Enfin, le dernier mécanisme à l'œuvre est la mise en acte ou le passage à l'acte (*acting out*). Il s'agit ici de s'exprimer davantage par l'action que par la parole en nommant ses propres affects. La mise en acte est liée à la recherche de sensation qui se manifeste par certaines conduites à risque. Le passage à l'acte permet de mettre à distance des émotions intolérables pour l'individu et ainsi de les remplacer par des sensations. La recherche de sensation permet également aux adolescents de se sentir exister.

1.4 Les conduites à risque ou les conduites *de* risque

Dans le langage courant les conduites à risque sont définis par des actes répétés dont les conséquences peuvent nuire directement la personne et/ou son avenir personnel (Bonnet & Pedinielli, 2013 ; Varescon, 2005). Plus largement, Adès (1994) a défini les conduites à risque par « un engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses, pour soi-même et éventuellement autrui, comportement non imposé par des conditions de travail ou d'existence, mais recherché activement pour l'éprouvé de sensations fortes, du jeu avec le danger et souvent la mort ». On retrouve alors dans cette catégorie, les sports « à risque » (as cited in Bonnet & Pedinielli, 2013, p.8), les tentatives de suicide répétées, la toxicomanie, les conduites sexuelles à risque, le jeu pathologique etc. Plus largement sont également considérées comme des conduites à risque : la délinquance, la désinsertion, la violence, les interruptions volontaires de grossesse. On observe alors qu'un large éventail de conduite peut comporter un risque. Les auteurs distinguent d'une part les conduites à risque et d'autre part les conduites *de* risque. Le premier concept désigne les conduites qui peuvent engendrer des dangers secondaires aux actes ; dans cette vision, le risque n'est pas volontairement recherché. Au contraire, le second concept renvoie à une recherche intentionnelle du risque qui se traduit par des actes répétés et volontaires dont l'objectif est d'atteindre un quelconque danger (Bonnet & Pedinielli, 2013). Cette distinction, dans une certaine mesure, permet de considérer à des niveaux différents la prise de risque encourue par les individus.

1.5 L'identité

L'identité de chaque adolescent s'inscrit selon Erikson, Nass, et Louis-Combet (2014) dans le schéma de « la crise de l'adolescence ». Les auteurs l'envisagent sous un aspect psychosocial et proposent une compréhension de la crise normative de l'adolescence puis au début de l'âge adulte. Toujours selon ces mêmes auteurs, l'équivalent pathologique de la crise de l'adolescence serait la confusion d'identité ou encore la perte de l'identité du moi. Aussi, la confusion d'identité apparaît au moment où

l'adolescent se trouve confronté à des choix, professionnels, personnels, amoureux. Le premier signe observable de la confusion de l'identité est l'incapacité de s'engager de manière authentique dans quelque relation que ce soit (amicale ou amoureuse).

On observe soit un isolement chez l'individu soit à l'inverse un investissement dans des relations peu communes. De plus, le choix d'une identité « négative » chez l'adolescent est une réponse aux valeurs et principes recommandés au sein de sa famille. Selon Erikson et al. (2014) et bien d'autres auteurs, la crise d'identité est inévitable devant les changements corporels, les pulsions libidinales ainsi que l'intimité avec autrui, qui demandent aux jeunes individus de faire des choix parfois relevant de mouvements conflictuels (Cannard, 2015). De la même manière, Le Naour (2008) décrit une construction identitaire, à l'adolescence, à la croisée de l'identité personnelle et de l'identité sociale (Cette construction implique un remaniement des rapports préétablis et également la fragilisation des assises narcissiques ; cette période de reconstruction totale se manifeste de manière plus ou moins bruyante.

La « crise identitaire » se déploie à différents niveaux. Le premier se situe, comme nous l'avons vu précédemment, au niveau des bouleversements pubertaires dans lesquels nous observons des changements physiques et endocriniens avec notamment le développement statural, hormonal et des caractères sexuels. Le second niveau se situe sur l'intellect avec l'acquisition de la pensée formelle décrite par Piaget (1936). De plus, au niveau psychique on observe l'apparition de pulsions libidinales et de sentiments nouveaux. Enfin, sur le plan social, c'est la recherche de nouvelles relations en dehors du cercle familial.

Dans sa théorie sur la crise identitaire de l'adolescent, Erikson (1950) a décrit plusieurs phases, nous nous attardons particulièrement sur la *phase 5* qui décrit un conflit entre l'identité et la confusion des rôles. A ce stade, l'adolescent doit intégrer les nouvelles expériences tout en construisant un sentiment identitaire stable et cohérent. Erickson insiste beaucoup sur l'importance du sentiment de stabilité et

de permanence entre l'identité de l'enfant, de l'adolescent et dans la projection à l'âge adulte. Le *stade 6*, dans la théorie d'Erikson, correspond à la période du jeune adulte. Ce stade souligne le conflit existant entre l'intimité d'un côté et l'isolement de l'autre. Les jeunes adultes acquièrent une certaine identité et vont pouvoir s'engager dans des relations plus authentiques, et c'est également à ce stade que les choix de vie vont se concrétiser. Les jeunes adultes font l'apprentissage d'une profession, ont la capacité de construire des relations intimes et acquièrent le sens de l'amour (Cannard, 2015).

Parler de soi n'est pas chose aisée pour les jeunes. Depuis plusieurs années, nous voyons apparaître, à l'aide d'internet, des blogs, ou réseaux sociaux, des témoignages, questionnements et histoires de vie de jeunes qui cherchent des conseils ou des partages d'expériences sur *la toile*. A la fois de manière confidentielle et au regard de tous, ces échanges sur la *toile* s'inscrivent également dans le développement identitaire. Au-delà d'internet, les jeux vidéo constituent une autre forme de construction identitaire, notamment à travers les *avatars*. Les avatars, comme nous le verrons ci-après, définissent le soi-rêvé ou fantasmé de l'individu, ou encore l'idéal du Moi. Les avatars définissent quatre styles identitaires : la duplication (reproduction fidèle de l'individu), l'amélioration (ici, l'avatar se rapproche de la réalité tout en manifestant le meilleur de soi), la transformation (à travers son avatar, l'individu rejette tout ce qu'il n'aime pas chez lui et s'invente une nouvelle identité) et la métamorphose (l'avatar ici représente une reconstitution de soi) (Parmentier & Rolland, 2009).

La sexualité contribue, par ailleurs, à la construction adolescente. Les problématiques pubertaires ont fait l'objet d'un intérêt pour Freud (1924) dans « Trois essais sur la théorie sexuelle ». La lecture psychanalytique de l'adolescent souligne que c'est au stade génital que s'établit la puberté qui se manifeste par : la découverte de l'objet sexuel, le primat de la génitalité, la différenciation de sexe, la reviviscence du conflit œdipien, un remaniement structural profond de la personnalité, et enfin l'investissement sur soi (narcissisme) et la découverte de l'autre (relations objectales). L'adolescence, c'est l'heure où les premières amitiés fortes se lient ; les jeunes cherchent dans leurs pairs des relations spéculaires où les problématiques à l'œuvre à cet âge sont partagées. L'amitié constitue une fonction

pré-objectale et permet de modifier l'affectivité (Le Fourn, 2007). Le premier rapport sexuel est également un enjeu pour les jeunes et constitue encore une fonction initiatique pour beaucoup d'entre eux. Il existe souvent un décalage entre le désir réel et le passage initiatique de l'acte sexuel. La question des sentiments amoureux apparaît mais aussi des sentiments de compétences, d'image et d'estime de soi et l'angoisse de ne pas ressembler aux normes sociétales (Tolman & McClelland, 2011). L'entourage familial et social de l'adolescent est important. A travers ses pairs, le jeune cherche des conseils, à être guidé. Un schéma familial stable et avec la juste distance préserve les jeunes de comportements à risque au niveau de la sexualité notamment. Depuis plusieurs années, le cinéma met en scène des adolescents et les problématiques à l'œuvre à cette période (sexualité, identité, sentiments, scolarité) notamment avec les films suivant : « Et toi t'es sur qui ? », film de Lola Doillon, 2007 ; « La vie d'Adèle », film de Abdellatif Kechiche (2013). L'idée de mettre en scène les problématiques rencontrées au cours de l'adolescence souligne bien les préoccupations sociétales à ce sujet mais également l'intérêt que nous partageons tous, à différents niveaux.

La construction de l'identité adolescente, selon Le Naour (2008), se manifeste également dans la recherche de sensations et notamment dans la prise de toxique, au cours de laquelle (ou desquelles) l'adolescent retrouve un certain contrôle.

2. Le jeune adulte

Il est difficile de trouver une littérature exclusive sur le jeune adulte. Bien souvent, les auteurs ne différencient pas la période de l'adolescence de celle du jeune adulte, et pour la plupart d'entre eux, ils voient la période de début de l'âge adulte dans une continuité de l'adolescence avec des éléments qui se fixent (Gourion, 2015). C'est au cours de cette période que certains projets à la fois professionnels et personnels se concrétisent. C'est une fois le processus de la période adolescente assimilé que le jeune adulte va pouvoir acquérir son identité et établir des relations intimes rompant

l'isolement (Cannard, 2015). Toutefois, on observe l'émergence de nouveaux concepts depuis quelques années définissant cette période « entre deux ». Aussi les concepts de « post adolescence », de « maturescence », d'« adulescence » ou encore d'« âge adulte émergent » sont évoqués tels un processus en cours et non pas comme un état (Cicchelli, 2001 ; Shadili, 2014). L'expression « jeune adulte » se présente comme un oxymore mettant en lien deux termes, *a priori* opposés. Certains auteurs se sont intéressés à théoriser cette nouvelle période de vie en précisant qu'elle constituait à son tour une période de transition pour basculer doucement vers l'âge adulte. Cette période de vie du jeune adulte se situe donc à la sortie de l'adolescence, tout comme la période de l'adolescence se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Dans les années 2000, l'apparition du terme « âge adulte émergent » souligne une période de changement au cours de laquelle il apparaît une réelle instabilité tant affective que professionnelle, avec cette volonté propre aux jeunes âgés de 18 à 29 ans de changer tour à tour d'activités professionnelles, de partenaires amoureux ou encore de positionnement personnel face à certains choix de vie (tels que le lieu de vie par exemple). La littérature souligne cinq caractéristiques propres à cette période de vie (Arnett, Žukauskienė, & Sugimura, 2014). La première est l'exploration de l'identité, déjà à l'œuvre au cours de l'adolescence, à savoir, le fait d'expérimenter diverses possibilités. Cette caractéristique est parfois associée à des troubles anxieux voire des troubles de l'humeur, ce qui montre combien cette période est parfois difficile à traverser pour certains jeunes qui manquent de soutien dans certaines décisions de vie.

La deuxième caractéristique est l'instabilité qui souligne les changements fréquents de situations professionnelles et/ou amoureuses. Ces deux premières caractéristiques sont en lien dans la mesure où l'on peut considérer que l'instabilité résulte de l'exploration de l'identité. Le fait d'être « auto-centré » constitue la troisième caractéristique de cette période. Il s'agit ici de souligner combien cette population peut ne pas se sentir engagée dans des responsabilités sociales ou obligations quotidiennes, par rapport à des adultes vivant en couple et avec des enfants, par exemple. La quatrième caractéristique est le fait de se sentir dans un « entre deux ». Dans une étude datant des années 2000,

des jeunes adultes ont été interrogés sur leur statut identitaire ; ceux-ci ont répondu sans parvenir à se positionner comme des adolescents ou encore comme des adultes. Le fait de se sentir adulte résulterait, selon la littérature, de choix francs et constants sur ses conditions de vie et de se responsabiliser (Arnett, 2000 ; Rogers, Willoughby, & Nelson, 2016). Enfin, la dernière caractéristique de la période de l'« âge adulte émergent » est l'optimisme que cette population a concernant l'espoir en un avenir meilleur. Anatrella (2003), en définissant son concept « d'adulthood », évoque une certaine responsabilité de la société et des schémas familiaux dans le fait de contenir les jeunes adultes dans une place entre deux. De plus, il souligne le paradoxe entre le fait de rendre très autonomes dès le plus jeune âge les enfants et la difficulté pour les jeunes plus tard, après l'adolescence, de devenir pleinement autonomes. Les auteurs s'accordent sur le fait qu'il y a eu une évolution sociétale des statuts des 18-29 ans avec l'entrée tardive dans l'âge adulte qui résulte à la fois des études universitaires plus longues, mais aussi le fait de se mettre en ménage plus tardivement et donc d'avoir des enfants plus tard (Anatrella, 2003). Cette phase d'aménagement qui retarde l'entrée dans l'âge adulte, telle que décrite dans la littérature, permet aux jeunes d'expérimenter plusieurs domaines d'activités et de vivre pleinement une certaine liberté tant convoitée à cette période qui tend à s'estomper au profit de divers engagements et de responsabilités.

Chapitre 2 : Consommations d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes

1. Définition

Nous avons vu précédemment que la période de l'adolescence est une période complexe où apparaissent des changements sur les plans physique et psychique. Sur un continuum du normal au pathologique, nous savons que c'est au cours de cette même période qu'apparaissent les premières expérimentations en terme de consommations de substances licites et illicites. De la simple expérimentation à la dépendance, nous explorerons dans cette partie l'épidémiologie des jeunes consommateurs, ainsi que les aspects cliniques.

Goodman (1990) a défini l'addiction comme : « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* ».

Ainsi, dans cette perspective Goodman proposa une description des signes cliniques de l'addiction comme suit :

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - 7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.

8. Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.

F. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

Les critères de Goodman rejoignent les critères admis par les classifications internationales des troubles mentaux comme le DSM IV (American psychiatric association & Guelfi, 2010) et la CIM-10. Toutefois, les critères d'évaluation au sein des classifications internationales se répartissent en deux catégories : d'un côté les critères de la dépendance à une substance psychoactive, et de l'autre côté les critères de l'usage nocif ou de l'abus d'une substance psychoactive. Ainsi, la dépendance est définie, selon le DSM IV, comme « le mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, et caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes : tolérance, sevrage, augmentation de la quantité du produit et/ou de la durée de consommation initialement prévu, désir ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance, temps important consacré aux activités nécessaires pour obtenir la substance, pour l'utiliser ou pour se remettre des effets, diminution ou abandon des activités professionnelles, sociales ou de loisirs ». Il s'agit, par ailleurs, de spécifier si à cela s'ajoute une dépendance physique, auquel cas les items sur la tolérance et le sevrage sont présents ou sans dépendance physique. C'est-à-dire sans les items de la tolérance et du sevrage. Aussi, l'abus est défini par le DSM IV comme « le mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes : utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, utilisation répétée d'une substance dans des situations où ce comportement peut être physiquement dangereux, problèmes judiciaires liés à l'utilisation d'une substance, utilisation de la substance malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux ». Il est couramment reconnu que l'usage nocif est synonyme d'abus.

Plus récemment, le DSM 5, publié en 2013, a modifié certains critères de l'addiction dans sa classification des troubles mentaux. Aussi, dans la catégorie « *substances related and addictive disorders* », nous retrouvons des notions déjà définies dans les anciennes classifications des troubles mentaux, mais l'idée était de regrouper la dépendance et l'usage nocif en une seule entité, et de caractériser le trouble addictif sur un continuum allant d'un trouble léger à sévère. Par ailleurs, quelques modifications ont été effectuées : la première est l'inclusion du jeu pathologique dans les addictions. Les auteurs mettent en avant que ce trouble répond aux mêmes signes cliniques que les troubles liés à l'usage de substances. De plus, le concept de *craving* est intégré dans les critères diagnostiques. Le *craving* est défini, par Richard et Senon (1999) comme « le désir irrésistible et violent d'utiliser une drogue addictive » (cité par Varescon, 2005, p. 75).

2. Données épidémiologiques et typologies des consommations en population générale

Nous détaillerons ici les résultats des grandes enquêtes sur le plan national concernant les consommations de substances chez les adolescents (ESCAPAD, ESPAD, HBSC). L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) se déroule lors de la journée d'appel à la défense en France et porte sur une population de 17 ans. L'European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) porte sur une population d'adolescents européens scolarisés de la seconde à la terminale. Enfin, l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) porte sur des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans en Europe.

Avant de détailler les résultats de ces différentes enquêtes il nous semble important de définir les différents concepts utilisés dans les recherches concernant les consommations. Dans un premier temps, le terme *expérimentation* correspond au fait d'avoir utilisé au moins une fois un produit au cours de sa vie.

L'usage dans l'année ou *l'usage actuel* correspond au fait d'avoir utilisé un produit au moins une fois dans l'année ; cela peut également correspondre au fait d'utiliser « de temps en temps » ou occasionnellement un produit. Enfin, la notion d'*usage régulier* correspond au fait de consommer trois fois de l'alcool dans la semaine, au tabagisme quotidien et au fait de consommer du cannabis au moins 10 fois dans le mois ou 120 fois au cours de l'année. Aussi, les résultats de l'enquête Baromètre Santé en 2010 portent sur une population âgée de 18 à 75 ans pour l'alcool puis sur une population âgée de 18 à 65 ans pour le tabagisme et l'utilisation d'autres substances illicites (n = 21 818). Au cours de cette enquête il est question de décrire les consommations de substances et non pas de relever les usages nocifs et dépendances qui nécessitent des outils de mesures complémentaires. Dans l'ensemble, les résultats de cette enquête montrent que les substances licites, le tabac et l'alcool sont les produits les plus consommés en termes d'expérimentation ou d'usage quotidien. Plus précisément, le tabac est le produit le moins expérimenté mais reste celui le plus consommé quotidiennement par rapport à l'alcool. Parmi les substances illicites, le cannabis reste la substance la plus consommée. Son usage régulier concerne plus d'un million de personnes en France. La consommation de cocaïne arrive en deuxième position, bien en-deçà de la consommation de cannabis. La consommation de cocaïne touche environ dix fois moins de personnes en termes d'expérimentation et d'usage dans l'année. Les consommations apparaissent très différentes selon l'âge et le sexe. De manière globale nous relevons que, pour tous produits confondus, les hommes seraient plus consommateurs que les femmes. Concernant l'âge de façon générale, on observe que les consommations régulières de tabac, de cannabis et l'expérimentation d'autres substances illicites sont moins élevées chez les plus âgés, alors que la consommation d'alcool paraît plus représentée chez ces derniers.

Concernant plus précisément la consommation d'alcool, nous relevons qu'elle concerne en particulier les hommes âgés de plus de 45 ans. Le fait de consommer, au cours de la même occasion, au moins 6 verres d'alcool est plus représenté chez les hommes de 35 ans alors que la prévalence maximale pour les femmes est représentée chez les 20-25 ans.

Concernant les épisodes d'ivresse au cours de l'année, ceux-ci concernent davantage les hommes adultes (19%). Toutefois, on note une diminution des consommations quotidiennes entre l'enquête du Baromètre Santé de 2005 et celle datant de 2010. En effet, la prévalence des consommations passe de 16% en 2005 à 12% en 2010. Ceci peut probablement s'expliquer par le développement accru de campagnes de prévention sur les risques liés à la consommation d'alcool. Cependant, concernant la consommation d'alcool chez les 18-25 ans, il n'y a pas de changement observé. Nous détaillerons ci-après la consommation des plus jeunes à l'aide d'enquêtes qui leur sont destinées. Devant la diminution des consommations quotidiennes d'alcool, on observe une hausse des usages à risque (consommations susceptibles d'entraîner des dommages à plus ou moins long terme) et des épisodes d'ivresse, et ce quel que soit l'âge ou le sexe. Plus précisément, la hausse des épisodes d'ivresse concerne davantage les jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans. Par ailleurs, la hausse concernant les usages à risque ponctuel ou chronique est plus représentée chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans et chez les hommes de 26 à 34 ans.

Concernant le tabagisme, en 2010, parmi la population des 18-75 ans, 83% des hommes et 71% des femmes déclarent avoir fumé. L'usage quotidien du tabac concerne 30% des adultes et ce comportement diminue avec l'âge. La part des fumeurs quotidiens a augmenté entre 2005 et 2010 passant respectivement de 28% à 30%. L'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien s'est avérée assez forte plutôt chez les femmes de 18 à 75 ans. La hausse étant surtout visible chez les femmes âgées de 45 à 64 ans. Ceci peut s'expliquer, entre autres, par une reprise du tabagisme à cet âge-là ou par une difficulté à arrêter par rapport à une population plus jeune. De la même manière que pour les autres consommations, les hommes consomment plus que les femmes et en plus grande quantité, c'est-à-dire en moyenne 10 cigarettes par jour. D'autre part, cette enquête proposait d'observer la force de dépendance au tabagisme en évaluant le temps écoulé entre le réveil et la prise de la première cigarette. Le test de Fagerström évalue notamment cette intensité de dépendance. Il s'avère ici que les hommes sont plus touchés par l'intensité de la dépendance que les femmes.

Le temps entre le réveil et la prise de la première cigarette varie de 5 minutes (pour 13% des fumeurs quotidiens) à 6 et 30 minutes (pour 27% des fumeurs quotidiens).

Enfin, concernant l'usage de substances illicites, nous évoquerons seulement le cannabis, qui est le plus représenté et la substance qui nous intéresse dans le cadre de notre étude. En 2010, en France, c'est le produit illicite le plus consommé. 33% des 18-64 ans déclarent en avoir déjà consommé. L'expérimentation touche plus les hommes que les femmes. De plus, l'usage actuel (au cours des 12 derniers mois) concerne 8% des 18-64 ans, tandis que l'usage récent (au cours du dernier mois) concerne 4% de cette population. Ces usages touchent principalement la population des 18-25 ans. On peut observer toutefois que l'expérimentation est en baisse mais que la consommation reste plutôt stable depuis l'enquête de 2005. Ainsi, la consommation actuelle est plus représentée chez les plus jeunes et diminue avec l'âge ; enfin elle est quasi-nulle pour la population âgée de 55 à 64 ans.

Devant l'ensemble de ces données épidémiologiques concernant les différentes consommations, un phénomène est également très répandu selon les études concernant l'utilisation des substances : la *polyconsommation*.

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) propose la définition suivante de la polyconsommation : elle « désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances psychoactives ». L'OFDT, dans sa définition, nuance la polyconsommation par le terme « d'usage concomitant » qui correspond au fait de consommer lors d'une même occasion plusieurs produits. Ce que nous savons actuellement sur le phénomène de polyconsommation, c'est qu'il touche à la fois l'utilisation de produits licites et illicites. Dans ce sens, la polyconsommation de produits est fréquente dans les populations de consommateurs de drogues prises en charge dans les différents services sanitaires. Ce phénomène permet de multiplier les effets psychoactifs ou de pallier l'absence d'un des produits. L'OFDT, ainsi que l'étude réalisée en 2005 par le Baromètre Santé, mettent en avant les résultats des types de polyconsommation (Beck, Legleye & Spilka, 2008). Les associations les plus

fréquentes, de consommations répétées de plusieurs produits (polyconsommation répétée), sont dans l'ordre : « alcool-tabac », « tabac-cannabis », puis « alcool-tabac-cannabis » et enfin « alcool-cannabis ». Ces types de consommations concernent majoritairement 15% des 18-44 ans. De plus, la polyconsommation répétée est souvent le fait des personnes ayant une consommation répétée de cannabis plutôt que de l'alcool ou du tabac¹. Les personnes ayant ce type d'usage sont majoritairement des hommes notamment pour l'association « alcool-cannabis ». Les différentes enquêtes de Baromètre Santé, celles de 2000 et 2005, montrent dans l'ensemble que le format de la polyconsommation ne s'est pas modifié. Ainsi, l'usage cumulé de tabac et de cannabis était en hausse alors que l'usage cumulé de tabac, alcool et cannabis était stable.

Ces différentes enquêtes permettent de dresser un tableau des données épidémiologiques concernant les consommations, en population générale et en France. Toutefois, ces enquêtes ne nous permettent pas d'avoir des données sociodémographiques sur les individus déclarant consommer. Par ailleurs, celles-ci ne permettent pas non plus d'éclairer les facteurs de risque qui vont rendre un individu vulnérable à une forme de conduite addictive, ni les raisons qui peuvent pousser chacun à consommer. Pour poursuivre sur quelques données épidémiologiques, nous allons maintenant nous intéresser à la population des adolescents.

3. Données épidémiologiques et typologies de consommations chez les adolescents

Certaines enquêtes se sont particulièrement intéressées aux consommations des adolescents (Spilka, Le Nézet, & Beck, 2015). Ainsi, depuis plus de 16 ans, dans le cadre de la Journée d'Appel à la Défense, l'OFDT propose aux jeunes de répondre à des questionnaires sur leurs habitudes concernant les consommations. Ces enquêtes longitudinales nous permettent d'observer la manière dont les consommations peuvent fluctuer dans le temps dans une population plus jeune.

¹ Source : Baromètre Santé, 2000.

Nous exposerons les résultats à partir des premières données de l'enquête qui s'est déroulée en 2014. Ainsi nous pourrions comparer les fluctuations de comportement en termes de consommations au cours du temps.

Depuis une quinzaine d'années, il apparaît une diminution continue de l'expérimentation du *tabac* et de l'*alcool* chez les jeunes de 17 ans. Toutefois, les usages plus fréquents (usage dans le mois et usage régulier) sont en hausse depuis 2008. Plus précisément, environ 7 adolescents sur 10, âgés de 17 ans, déclarent avoir déjà fumé une cigarette, et 9 adolescents sur 10 avoir bu de l'alcool. L'expérimentation du tabac serait davantage le fait des filles alors que celle de l'alcool serait plutôt le fait des garçons. Par ailleurs, l'usage quotidien du tabac a progressé, dû à la hausse de la consommation chez les filles. *A contrario*, la consommation des garçons n'a pas évolué. Toutefois, concernant l'intensité de l'usage, c'est-à-dire le nombre de cigarettes fumé par jour, ce sont les garçons qui présentent le plus haut niveau de consommation quotidienne. De plus, avec l'apparition récente des cigarettes électroniques, l'enquête a ajouté une question concernant la consommation de celles-ci. Ainsi, en 2014, près d'un adolescent sur deux déclare avoir déjà utilisé la cigarette électronique, et ceci est plutôt le fait des garçons. Concernant l'usage régulier de l'alcool, celui-ci est en hausse de deux points par rapport à l'enquête de 2011. Cette hausse concerne davantage les garçons que les filles. A l'inverse, nous assistons, devant la hausse des consommations régulières de l'alcool et du tabac, à une diminution à la fois des épisodes d'ivresse et de l'Alcoolisation Ponctuelle Importante (API, *binge drinking* en anglais). Ce comportement consiste en une consommation de plus de 6 verres en une seule occasion¹. Alors que ces deux phénomènes étaient des comportements devenus fréquents et inquiétants, avec notamment une certaine médiatisation, comme par exemple sur le réseau social *Facebook*, où est apparu il y a peu le phénomène de *necknomination* qui consistait à se filmer en train de boire un certain

¹ Source : Santé Publique France, INPES

nombre de verres et ensuite à « nominer » d'autres personnes afin que le phénomène se reproduise (Battaglia & Gierski, 2014).

Enfin, nous assistons plutôt à une hausse, à la fois de l'expérimentation et de l'usage régulier, de la consommation de cannabis. Cette hausse est plutôt le fait des garçons. Depuis 2011, les enquêtes utilisent le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) qui est un outil de dépistage des usages problématiques de la consommation de cannabis. Aussi, en 2014, parmi les jeunes de 17 ans ayant fumé du cannabis dans l'année, 1 garçon sur 4 (28%) présentait un risque d'usage problématique du cannabis voire de dépendance, selon les critères de la CAST. Les filles sont 17 % dans ce cas. En tout, cela représente 8% des adolescents, ce niveau est en hausse depuis 2011.

Ainsi, alors qu'on assiste à la fois à une diminution de l'expérimentation de tabac et de l'alcool et des alcoolisations intenses, nous constatons une augmentation de l'usage du cannabis parmi les plus jeunes. Aussi, la consommation actuelle de cannabis concerne 23% des 18-25 ans. Toutefois, afin de comprendre davantage ces fluctuations de comportements, il s'agirait d'en savoir davantage sur les personnes qui déclarent consommer ; qui sont-elles ? Est-ce que ces consommations interviennent à un moment particulier de leur vie ?

Des organisations sont spécialisées dans l'accueil des jeunes consommateurs afin de privilégier une prise en charge globale. En France, et notamment en Ile-de-France, il existe des consultations jeunes consommateurs ainsi que des Centres de Soins et d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

L'usage de produits psychoactifs n'aboutit pas nécessairement à une problématique de dépendance et peut s'arrêter à l'usage festif ou simplement l'expérimentation. Néanmoins, la précocité de l'expérimentation peut prédire un risque de dépendance à l'âge adulte (Picherot et al. 2010). De plus, il apparaît que pour certains profils de consommateurs, des troubles psychiques y soient associés.

4. Troubles liés à l'usage d'une substance

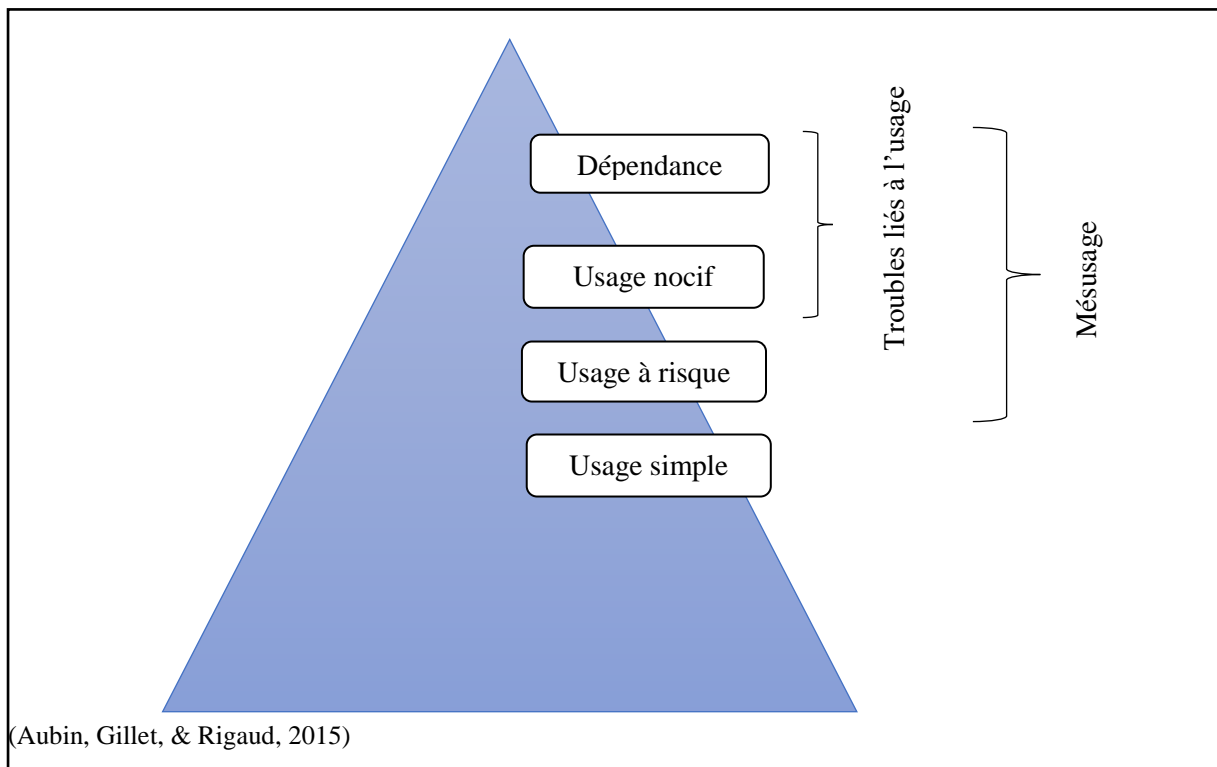
4.1 Alcool

4.1.1 Définition de l'usage d'alcool

Selon Fouquet (1951) une personne alcoolique est « tout homme ou femme qui a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool ». Toujours selon ce même auteur, l'alcoolisme comprend l'interaction de trois facteurs : un facteur psychique, un facteur de tolérance et un facteur toxique (as cited in Varescon, 2005, p.56).

Il existe, de plus, différents stades de consommation d'alcool qui constituent un continuum entre un usage « simple » d'alcool et les troubles liés à un usage d'alcool. Aussi, nous distinguons : le « non-usage » qui se définit par l'absence de consommation d'alcool ; « l'usage simple » qui se veut asymptotique et inférieur aux seuils mentionnés par l'Organisation Mondiale de la Santé ; « le mésusage » définit les consommations d'alcool qui peuvent causer des conséquences négatives. En France, le seuil est fixé pour les femmes à 14 verres par semaine, et pour les hommes, à 21 verres par semaine. Le mésusage comprend différents paliers dont l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance. Alors que pour l'usage à risque il n'existe pas encore de conséquences négatives, l'usage nocif et l'usage avec dépendance entraînent de graves conséquences sur le fonctionnement global d'un individu. Enfin, les troubles liés à l'usage rassemblent l'usage nocif et l'usage avec dépendance qui se caractérisent par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques. Dans ce cas-là, l'individu continue de consommer malgré les conséquences négatives associées directement à sa consommation. C'est également dans ce cadre-là que nous retrouvons l'ensemble des symptômes des classifications internationales.

Ces différents stades sont présentés dans la figure ci-après.

Figure 1. Les différents stades de la consommation d'alcool

La consommation de l'alcool a, de tout temps, une connotation joyeuse et de convivialité. Les effets de l'alcool sur un individu sont de plusieurs ordres. Dans un premier temps, nous observons que l'alcool facilite les échanges interpersonnels par un effet de désinhibition ; l'alcool par ailleurs calme les affects négatifs en réduisant les mouvements d'anxiété et permet une certaine fuite d'une réalité difficile (l'expression « boire pour oublier » représente bien l'effet recherché, parfois, par un individu). Toutefois, au-delà des effets euphorisants et hédoniques de l'alcool, une consommation excessive d'alcool peut avoir des conséquences sur le plan somatique : troubles gastroentérologiques (hépatites, cirrhose, pancréatites, etc.) ; nous relevons également des troubles au niveau de la sphère Oto-Rhino-Laryngologiste (ORL) ; des troubles neurologiques sont également soulignés. Une consommation excessive d'alcool a également des conséquences sur le plan psychologique avec des troubles de l'humeur voire des troubles psychiatriques plus structurés.

Enfin, des troubles mnésiques peuvent apparaître. Pour nuancer un peu le propos, toute personne consommant de l'alcool ne devient pas, pour autant, alcoolo-dépendante. Toutefois, chez les jeunes consommateurs, en l'absence de dépendance, la manière actuelle de consommer a des conséquences immédiates sur leur comportement (Le Berre & Kerjean, 2012).

Aujourd'hui, nous assistons à des consommations excessives sur un temps restreint comme le *Binge drinking*, en anglais et d'autre part le phénomène de *necknomination* (pour rappel : cela consiste à se filmer en buvant un verre d'alcool d'un coup avant de mettre au défi trois autres personnes). L'émergence de ces comportements entraîne des conséquences irréremédiables directes telles que des décès par intoxication éthylique aigue par la necknomination et enfin conduire en ayant bu est la première cause de mortalité chez les 18-24 ans¹.

4.1.2 Modes de consommation d'alcool chez les jeunes et comorbidités

Avant de préciser les comorbidités psychiatriques associées à l'alcool, nous distinguons l'alcoolisme primaire de l'alcoolisme secondaire. L'alcoolisme primaire se définit par une ingestion régulière et excessive d'où en découle une pathologie mentale qui est directement liée à cette consommation accrue. *A contrario*, l'alcoolisme secondaire se définit par l'existence, en amont, d'une pathologie mentale, qui viendrait majorer et précipiter une consommation excessive d'alcool (Varescon, 2005).

Plusieurs études se sont intéressées à la consommation d'alcool chez les jeunes. La consommation des jeunes pourrait s'expliquer par le fait de faciliter l'entrée dans un groupe de pairs, mais aussi de pouvoir accéder à un statut d'adulte et d'affirmer son identité. D'autre part, la consommation d'alcool peut aussi être envisagée comme un rite de passage avec la « première cuite », encouragée par le groupe de pairs. Toutefois, une consommation abusive chez l'adolescent est très souvent associée à une pathologie psychiatrique. Nous approfondirons les comorbidités psychiatriques plus loin. En fait, il

¹ Source : INSEE 2011

s'aigrirait pour cette population de comprendre le sens qu'ils mettent derrière leur consommation : serait-ce la recherche de la « défonce » ? La recherche d'une certaine euphorie dans le cadre de festivité ? Ou pour pouvoir pallier certains affects négatifs ? Il existe différents modes de consommation d'alcool chez les jeunes. À travers les études portant sur ce sujet, nous pouvons relever dans un premier temps un mode de consommation à connotation festive ou de l'ordre de l'initiation, et de l'autre côté nous relevons un mode de consommation plutôt sur un mode réactionnel et/ou d'automédication (Chavagnat & Lévy-Chavagnat, 2015 ; Le Berre & Kerjean, 2012). Le premier versant correspondrait alors à un phénomène d'intégration dans un groupe de pairs, ou de recherche de sensations. Dans tous les cas, l'alcool permettrait ici de favoriser les liens sociaux et d'asseoir également sa nouvelle identité en s'affranchissant des règles familiales, et notamment parentales. Le second versant de mode de consommation semblerait être une fonction palliative, voire réactionnelle. Ce mode de consommation serait lié à un certain ennui, mais aussi à des difficultés personnelles ou encore à un état de stress intense. De plus, l'alcool permettrait de mettre à distance une réalité trop difficile et ainsi apaiser les angoisses.

Par ailleurs, l'expérience de traumatismes dans l'enfance et l'existence d'une carence affective importante seraient associées à une consommation précoce et excessive (Chavagnat & Lévy-Chavagnat, 2015 ; Le Berre & Kerjean, 2012 ; Picherot & al, 2010). Dans ce sens et pour éclaircir les liens entre la présence de symptomatologie anxio-dépressive et la consommation d'alcool, des études ont été réalisées sur des populations d'étudiants. Ainsi, dans leur étude, Vaysse, Gignon, Zerkly, et Ganry (2014) cherchent à évaluer les niveaux de consommation, entre autres, d'alcool ainsi que les niveaux d'anxiété et de dépression. L'objectif était de mesurer le lien éventuel entre le fait de consommer et de présenter une symptomatologie anxio-dépressive. Sur un échantillon de 207 étudiants en deuxième année de médecine, 12 étudiants (environ 6%) ont déclaré ne jamais avoir consommé d'alcool au cours de leur vie. D'autre part, la fréquence de consommation était plus élevée chez les garçons que chez les filles.

Toutefois, une consommation à risque était relevée chez les femmes par rapport aux hommes et inversement concernant la proportion de dépendance. Aussi, les consommateurs à risque représentaient environ 32% de l'échantillon. Concernant le score au questionnaire *Hospital Anxiety Depression scale* (HAD), pour mesurer la symptomatologie anxio-dépressive, les résultats montrent dans l'ensemble que les femmes avaient un score plus élevé que les hommes concernant les symptômes anxieux. Pour environ 65% de l'échantillon, aucune symptomatologie anxieuse n'était révélée. Concernant le score à la HAD pour la symptomatologie dépressive, la grande majorité de l'échantillon (96%) ne présentait pas de symptomatologie dépressive. Pour cette étude, les auteurs n'ont pas trouvé de liens entre la présence d'une symptomatologie anxio-dépressive et la consommation d'alcool ; toutefois, ils ont pu mettre en avant le phénomène de polyconsommation. En effet, les participants déclarant une consommation à risque voire une dépendance d'alcool étaient plus susceptibles de présenter une consommation à risque de cannabis.

Une autre étude met en avant les différences de comportement de consommation d'alcool entre les filles et les garçons. Ainsi, sur un échantillon de 354 étudiants, il a été montré que les garçons seraient davantage attirés par l'alcool, qu'ils consommeraient davantage de l'alcool et qu'ils présenteraient une dépendance plus accrue par rapport aux filles (Idier, Décamps, Rasclé, & Koleck, 2011). Il existe un certain consensus entre les études sur les modes de consommations propres aux filles et aux garçons ; toutefois, les liens entre la symptomatologie anxio-dépressive et l'usage d'alcool chez les jeunes ne sont pas encore très clairs.

Cependant, quelques signes pourraient alerter l'entourage afin d'orienter vers une prise en charge adaptée. Nous retrouvons comme signes annonciateurs d'une problématique liée à l'alcool dans un premier temps, les répétitions des consommations excessives, des difficultés scolaires nouvelles (absentéismes, résultats moins

bons, etc.), des plaintes corporelles (céphalée, fatigue, etc.), des troubles du comportement et des troubles sociaux (repli sur soi, agitation, violence, etc.) (Chavagnat & Lévy-Chavagnat, 2015 ; Le Berre & Kerjean, 2012). Il s'agit, bien sûr, d'être prudent concernant la présence de ces symptômes et de les différencier de la survenue d'un événement majeur qui pourrait expliquer la rupture dans le comportement d'un individu.

4.1.3 Facteurs de risque et vulnérabilité chez les adolescents

a) Caractéristiques des consommations à risque

Il existe certaines modalités de consommation et de facteurs de vulnérabilité pour expliquer comment un abus d'alcool voire une dépendance peut s'installer. Dans un premier temps, les auteurs s'accordent à dire que l'âge de l'expérimentation d'alcool est un indice pour le développement, plus tard, d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool (Battaglia & Gierski, 2014 ; Karila & Reynaud, 2006 ; Le Berre & Kerjean, 2012 ; Picherot et al., 2010 ; Varescon, 2005). En effet, plus l'expérimentation est précoce plus l'individu sera susceptible de développer une consommation à risque d'alcool, d'abus voire de dépendance. De plus, le fait de consommer par automédication ou auto-thérapie serait un facteur de plus pour prédire une dépendance à l'alcool. Dans ce cadre-là, il s'agit d'identifier les moments où l'alcoolisation survient : est-ce le matin ? avant d'aller en soirée ? lors d'affects négatifs ? pour aider à s'endormir ? La recherche d'excès ou de sensation constitue un élément supplémentaire d'explication. Il s'agit ici de consommer afin d'atteindre les effets secondaires induits par l'alcool, plutôt bien tolérés (ivresse cannabique par exemple). Enfin, la répétition de la consommation ainsi que la polyconsommation constituent des signes prédictifs d'un mésusage d'alcool.

b) Facteurs de risque environnemental : la place de la famille et des pairs

Le fait de consommer précocement de l'alcool pourrait être en lien avec l'exposition précoce à de l'alcool au sein de sa famille. Chaque occasion festive peut en être la cause : réunions familiales, fêtes

d'anniversaire etc. De ce fait, la consommation d'alcool peut être banalisée, car, *a priori* elle a une connotation conviviale. Des études mettent en avant qu'au-delà de l'aspect festif de l'alcool, initié au sein de la famille, des caractéristiques plus éducatives et socioéconomiques peuvent expliquer l'entrée dans la consommation d'alcool et son maintien chez les adolescents.

En effet, un faible niveau socioéconomique, le mésusage d'alcool des parents, le style d'éducation de type négligeant ou présentant une grande tolérance aux transgressions des règles, ainsi que des carences affectives et des tensions au sein même de la famille, constituent des éléments prédictifs dans le mésusage d'alcool des adolescents. De plus, un manque de soutien social familial perçu, des traumatismes ou maltraitances (violences physiques et/ou verbales, abus sexuels) durant l'enfance sont également des facteurs de risque pour le mésusage de l'alcool (Beitchman et al., 2005 ; Bellon-Champel & Varescon, 2016 ; Karila & Reynaud, 2006; Le Berre & Kerjean, 2012 ; Lee et al., 2012 ; Picherot et al., 2010 ; Varescon, 2005 ; Wendland, Lebert, de Oliveira, & Boujut, 2016). D'autre part, le groupe de pairs à cette période de vie est très important. Comme nous l'avons vu précédemment, consommer de l'alcool est l'une des motivations pour s'intégrer dans un groupe de pairs à l'adolescence. Aussi, la consommation du groupe de pairs est également un indicateur pour le mésusage de la consommation. Enfin, la situation sociale propre à l'individu est également un signe : le fait d'être au chômage, d'être en échec scolaire voire déscolarisé, d'être en rupture avec sa famille sont également des facteurs de risque concernant l'abus d'alcool (Karila & Reynaud, 2006 ; Le Berre & Kerjean, 2012 ; Picherot et al., 2010).

c) Facteurs de risque individuels

Les facteurs de risque individuels viennent s'ajouter aux facteurs de risque liés à l'environnement et aux modes de consommation. Les facteurs individuels regroupent les traits de personnalité, les troubles psychiatriques et également les événements de vie. Certaines études ont mis en avant un lien entre le fait de présenter un mésusage d'alcool et le fait de présenter un niveau d'impulsivité élevé, une certaine désinhibition, une recherche de sensation et de présenter une personnalité antisociale (Braham et al.,

2015 ; Carlson, Johnson, & Jacobs, 2010 ; Guillem, Arbabzadeh-Bouchez, Vorspan, & Bellivier, 2015 ; Lagrange & Legleye, 2007 ; Palmer et al., 2013).

Dans ces études, nous remarquons que les jeunes consommant de l'alcool rapportent également des troubles du comportement de type externalisés (agression, transgression des règles, hyperactivité). Au-delà des troubles du comportement, nous relevons également des troubles de l'humeur avec la présence de symptomatologie anxio-dépressive et des d'antécédents psychiatriques notamment des tentatives de suicide. Dans ce sens, certaines études soulignent l'expression de violences physiques et verbales chez des jeunes consommant de l'alcool, ceci étant le fait plus particulièrement des hommes (Carlson et al., 2010 ; Guillem et al., 2015 ; Lagrange & Legleye, 2007). Bien souvent nous retrouvons une polyconsommation ; il s'agit donc de ne pas attribuer directement l'impulsivité au seul fait de consommer de l'alcool mais probablement de la conséquence d'une polyconsommation. Toutefois, ces résultats peuvent être nuancés selon le mode de consommation des jeunes. En effet, les personnes consommant de l'alcool avec des attentes élevées concernant la recherche de sensations présenteront plus d'impulsivité que les personnes n'ayant pas d'attentes élevées concernant leur consommation. Ceci est également en lien avec le niveau de dépendance. Aussi, les personnes présentant une dépendance plus structurée à l'alcool auront des attentes élevées concernant l'alcool, et ainsi des comportements plus impulsifs (Carlson & Johnson, 2012).

4.2 Tabagisme

4.2.1 Facteurs de risque du tabagisme

Le tabac est le produit le plus addictif et qui comporte de lourdes conséquences sur la santé. La prévalence de l'intensité de la consommation de tabac est prédite par l'âge d'initiation au tabac. En effet, plus un individu fera l'expérimentation tôt plus il y a un risque de dépendance avec l'âge (Battaglia & Gierski, 2014). Certaines études se sont intéressées à observer et évaluer les facteurs de risque pour l'initiation au tabac et les facteurs de maintien dans la poursuite de la consommation. Ainsi,

l'étude de Dierker et al. (2015) évalue si les symptômes de dépression sont associés à l'émergence de la dépendance à la nicotine, après vérification de l'exposition au tabac et ce à travers les âges : de l'adolescence à l'âge adulte. L'échantillon a été tiré de l'étude *Social and Emotional Contexts of Adolescent Smoking Patterns* (SECASP 2010) qui a été réalisée à Chicago dans une école secondaire où il était demandé aux élèves de remplir une enquête sur le tabac afin d'évaluer leur comportement tabagique. Cette étude était une étude longitudinale en mesure répétée : les participants étaient suivis régulièrement afin d'évaluer les fluctuations du comportement tabagique. Le tabac, la dépendance à la nicotine, les symptômes dépressifs, ainsi que d'autres formes de tabac fumé, étaient évalués. Les résultats montrent dans l'ensemble que les symptômes de dépression ont été associés significativement aux scores de dépendance à la nicotine, après avoir contrôlé les variables de sexe, d'âge, l'origine ethnique, la variable du temps, le tabagisme quotidien et d'autres produits fumés en dehors du tabac (cigarillos, little cigars). Aussi, les résultats de cette étude montrent que la relation tabac-dépression ne varie pas dans le temps contrairement à la relation tabac-genre. En outre, les personnes ayant des niveaux élevés de symptômes dépressifs quel que soit le moment de l'évaluation, présenteront des signes plus élevés de dépendance à la nicotine. Dans l'étude de McKenzie, Olsson, Jorm, Romaniuk, et Patton (2010), il s'agissait d'examiner l'association de symptômes anxio-dépressifs chez les adolescents avec un tabagisme quotidien et la dépendance à la nicotine chez les jeunes adultes. Par une étude de cohorte prospective (n=1943), les adolescents ont été interrogés à six reprises, de 1992 à 1995 (tous les 6 mois), alors que les jeunes adultes ont eu deux évaluations de suivi, de 1998 à 2003.

En tout, l'étude porte sur huit vagues d'évaluation en suivi longitudinal de l'échantillon. En moyenne, les jeunes commençaient à être interrogés à l'âge de 14 ans, puis terminaient l'étude à l'âge de 24 ans. L'objectif de cette étude était d'examiner si les adolescents présentant des symptômes anxio-dépressifs étaient plus à risque de développer un tabagisme quotidien et de tendre vers une dépendance à la nicotine par rapport à la population des jeunes adultes. Il s'agissait, en fait, de mettre en lumière la relation temporelle entre les symptômes anxio-dépressifs et la dépendance à la nicotine et ainsi

d'observer les mécanismes sous-jacents. De nombreuses données ont été recueillies chez les participants concernant leur état de santé (comorbidités psychiatriques, entre autres), l'usage de produits licites et illicites, la présence de troubles de conduites alimentaires, de comportements antisociaux, ainsi que le style d'attachement. Les résultats statistiques de cette étude prospective montrent dans l'ensemble qu'il n'y a pas d'association significative entre la présence de symptômes anxio-dépressifs chez les adolescents et le tabagisme quotidien, une fois qu'ils deviennent de jeunes adultes. De même, cette relation demeure non significative à l'âge adulte, chez les adolescents déclarant n'avoir jamais fumé, et ce quel que soit le niveau de symptomatologie anxio-dépressive chez l'adolescent. Parmi les adolescents qui présentaient un usage quotidien moindre, et un niveau de symptomatologie anxio-dépressive modéré, il n'y avait pas de risque important qu'ils développent, à l'âge adulte, une dépendance à la nicotine. Toutefois, chez ce même groupe de fumeurs, mais présentant un niveau élevé de symptomatologie anxio-dépressive, il existait un risque qu'ils développent plus tard une dépendance à la nicotine. Aussi, le groupe d'adolescents déclarant fumer quotidiennement et présentant une symptomatologie anxio-dépressive modérée ne présentait pas, à l'âge adulte, une dépendance à la nicotine. *A contrario*, ce même groupe de fumeur présentant un niveau élevé de symptômes anxieux et dépressifs présentait, à l'âge adulte une dépendance à la nicotine. D'après ces résultats, il semblerait que ce soit le niveau de symptomatologie anxio-dépressive qui prédise le développement de dépendance à la nicotine dans le temps. Cette étude longitudinale montre bien combien la temporalité entre l'adolescence et l'âge adulte peut être facteur de modification sur le comportement tabagique et la santé psychique. Par ailleurs, une étude montre que les expériences défavorables de l'enfance sont un facteur de risque pour l'usage de la cigarette à l'âge adulte, et notamment chez les femmes (Strine et al., 2012). Ainsi, la cigarette viendrait pallier une faille dans le développement psycho-affectif. La place de la parentalité (autorité et éducation) semble être un facteur de risque dans l'initiation du tabac chez les jeunes. Un style parental négligeant générerait un comportement tabagique précoce (Courtois et al., 2007 ; Hastier, Quinque, Bonnel, Leménager, & Le

Roux, 2006). Aussi, comme vu précédemment, l'environnement familial a un rôle important dans le tabagisme des jeunes. Les ruptures familiales notamment, et le fait que les parents soient eux-même fumeurs prédiraient l'initiation précoce du tabac chez les jeunes.

4.2.2 Tabagisme et stratégies de coping

Une autre étude, plus récente, s'interroge sur le lien entre le fait de fumer à l'adolescence et de développer des styles de coping dysfonctionnels à l'âge adulte, en fonction du sexe (McGee, Williams, Nada-Raja, & Olsson, 2013). L'inclusion des participants (n=961) s'est faite par une étude longitudinale *The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study* (DMHDS). Différentes variables étaient mesurées : le tabagisme, le style de coping, le stress et l'inquiétude, la catégorie socioéconomique familiale. Les stratégies de coping dites fonctionnelles étaient les suivantes : coping actif, la planification, la réinterprétation positive et la recherche de soutien social et émotionnel. A l'inverse, les stratégies de coping dites dysfonctionnelles étaient : l'expression des sentiments, le déni, le désengagement comportemental, le fait de se blâmer et l'utilisation de substances. L'ensemble des résultats montrent dans un modèle de prédiction qu'un milieu familial défavorable (défini par le niveau socioéconomique, la santé mentale de la famille, et les interactions parents-enfants) durant l'enfance est corrélé positivement et significativement avec le fait de fumer à l'âge de 18-26 ans. Le fait de fumer à l'âge de 18-26 ans prédit le développement de stratégies d'adaptations dysfonctionnelles à l'âge de 32 ans. A l'inverse, le fait de grandir dans un environnement favorable durant l'enfance est corrélé positivement et significativement avec le fait de présenter des stratégies d'adaptation fonctionnelles à 15 ans, ce qui prédit le développement de stratégies efficaces à l'âge de 32 ans. Enfin, un environnement familial défavorable prédit le stress et l'inquiétude à l'âge de 15 ans, ce qui prédit également le développement de stratégies inefficaces dans le futur. Enfin, le stress et l'inquiétude prédisent le fait de fumer entre 18-26 ans. Cette étude montre bien les liens entre le fait de fumer dans l'adolescence et celui de développer des stratégies dites dysfonctionnelles plus tard. Toutefois, les

difficultés rencontrées et les événements de vie ne figurent pas dans cette étude. Or nous savons que certains événements de vie, associés à des facteurs individuels de vulnérabilité, peuvent entraîner une consommation accrue de quelque substance que ce soit ; comme le montre le modèle psychosociale de Peele en 1985 (as cited in Varescon, 2005).

Selon Bogdan, Muller, Refabert, et Dres (2010) et Fernandez et al. (2004), l'une des raisons ou motivations à fumer est de réduire un état de stress. Toutefois, des anciennes études montrent que le fait de fumer afin de répondre à un facteur de stress engendre des styles de coping moins fonctionnels par rapport à des individus non-fumeurs (Koval & Pederson, 1999). Plus récemment, et dans la population générale adulte, une étude (Sung, Prochaska, Ong, Shi, & Max, 2011) a montré un lien entre le fait de fumer et celui de présenter une détresse psychologique grave (*Serious Psychological Distress*). Les résultats de cette étude, qui portait sur un échantillon d'adultes, ont montré que les participants présentant une détresse psychologique grave étaient plus à risque d'être des fumeurs actuels et moins susceptibles d'arrêter leur consommation par rapport aux participants ne présentant pas une détresse psychologique importante.

Des études antérieures ont montré les raisons ou les motivations à fumer chez les adolescents (Fernandez et al., 2004 ; Hastier et al., 2006 ; Kerjean & Le Berre, 2012 ; Chabrol et al, 2002).

4.2.3 Motivations à consommer du tabac

La recherche de plaisir et les sensations positives liées au tabagisme constituent l'une des motivations à fumer. Les jeunes associent le fait de fumer à la relaxation et à la détente ; la cigarette serait un moyen de se détendre. Une des motivations est également le fait de pallier un certain ennui, la recherche de la régulation des affects négatifs (comme par exemple gérer le stress), c'est également un lien social et le sentiment de rentrer dans l'âge adulte. Les motivations à consommer des cigarettes se recourent avec les principales fonctions accordées au tabagisme pour les adolescents et les jeunes adultes, telles que : *la fonction sensorielle* où les cinq sens sont en exergue, le toucher à la fois du

paquet, de la cigarette, l'odorat avec l'odeur de la cigarette, le goût du tabac en lui-même mais également celui de la fumée, le fait de voir la cigarette se consumer ou de se voir soi-même fumer, et enfin le bruit du tabac qui se consume et celui du briquet qui l'allume, par exemple. D'autre part, on retrouve la fonction de *transgression* bien liée à ce désir d'acquérir une nouvelle identité et de s'affranchir des règles parentales. Et enfin, la *fonction sociale* qui va de pair avec les croyances sur le rôle de l'usage du tabac en groupe (Battaglia & Gierski, 2014). Aussi, la recherche de liens sociaux avec les pairs est un mécanisme bien à l'œuvre durant cette période de vie. Dans ce sens, le *Questionnaire de Comportement Tabagique* de Gilliard (QCT2) (Gilliard, Bruchon-Schweitzer & Cousson-Gelie, 2000) est un questionnaire sur les comportements tabagiques permettant d'explorer les différentes facettes de motivation liées à l'utilisation du tabac telles que : la dépendance, la dimension sociale, la régulation des affects négatifs et la recherche de plaisir. Toutefois, il existe une propension chez les jeunes à ne pas souhaiter fumer pour des raisons à la fois financières et de santé. L'étude de Chabrol et al. (2000) mesurait à la fois les motivations à fumer, mais également l'intention d'arrêter de fumer, ainsi que les raisons pour arrêter de fumer. L'enquête réalisée auprès de 342 adolescents au collège a mis en évidence que l'intention d'arrêter de fumer était corrélée significativement avec le résultat au test de Fageström, qui mesure l'intensité de la dépendance au tabac. Enfin, les deux raisons principales, que ce soit pour les filles ou les garçons, pour arrêter de fumer étaient le coût financier ainsi que les craintes pour la santé.

Enfin, nous assistons aujourd'hui à un phénomène assez nouveau de nouvelle forme de consommation du tabac : la « vape ». Nous aborderons brièvement ce phénomène récent et assez en vogue chez les jeunes.

4.2.4 La « vape » : nouvelle forme de consommation du tabac

La vape désigne l'usage de la cigarette électronique (ou encore e-cigarette) qui se compose d'une batterie, d'un atomiseur et d'une cartouche avec du liquide. La nicotine demeure la seule substance

commune avec le tabac ; mais celle-ci crée moins de dépendance par l'intermédiaire de la vape. De plus, la cigarette électronique ne contient ni goudrons, ni monoxyde de carbone ; elle permet donc de limiter les risques engendrées par la cigarette « classique » (Etter & Eissenberg, 2015).

Les données suivantes sont tirées de l'Enquête téléphonique pour l'INformation sur la Cigarette Electronique (ETINCEL-OFDT, 2013). Les résultats portant sur l'utilisation de la cigarette électronique dans la population générale montrent dans l'ensemble que l'expérimentation concerne davantage les hommes que les femmes (22% contre 15 %) ; et ceux-ci se situent pour la plupart dans la tranche des 15-24 ans (31%). Les expérimentateurs tendent à diminuer avec l'âge. De plus, le fait d'être fumeur influence l'expérimentation de la cigarette électronique, ils représentent 51% des sondés. Plus spécifiquement, une enquête a été réalisée chez 3319 élèves allant de la 4^{ème} au lycée, et filière professionnelle (Stenger & Chailleux, 2016). Plus de la moitié des participants ont déclaré avoir expérimenté le *vapotage* (55,6%). Ceci est plus le fait des garçons que les filles (59,9% contre 49,3%). Les raisons évoquées étaient la curiosité pour la grande majorité d'entre eux (74,8%), l'arrêt du tabac pour 18,2%, le fait de faire des économies pour 5,7% et enfin, faire comme les autres pour 1,3%. Plus de 61% des participants avaient déjà fumé une cigarette ; ils représentaient 37,1% de fumeurs actuel lors de l'enquête. De plus, les résultats de l'enquête montrent un lien significatif entre l'utilisation de la cigarette et celle de la cigarette électronique. Aussi, ils étaient plus de 80% à avoir déjà fumé le tabac et expérimenté la cigarette électronique, contre 16% qui n'avaient jamais fumé du tabac. De plus, plus de 94% des fumeurs quotidiens avaient expérimenté la cigarette électronique. Enfin, les auteurs relèvent que l'expérimentation du tabac précède l'utilisation de la vape (cela représente 88,4% des participants ayant fumé et *vapoté*), ce qui ne valide pas l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de la cigarette électronique se positionne comme une porte d'entrée pour la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

Nous avons choisi de ne pas évaluer l'utilisation de la cigarette électronique dans notre étude dans la mesure où il nous semble que nous manquons de recul par rapport à cette consommation et qu'elle présente, *à priori*, des moindres risques que la cigarette « classique » sur la santé.

Plusieurs études, et comme vu précédemment, ont mis en évidence le phénomène de polyconsommation chez les adolescents. Les différentes combinaisons de consommation sont donc effectives entre le tabac, l'alcool et le cannabis. Kerjean et Le Berre (2012) rapportent les conséquences délétères d'une double consommation tabac-cannabis. Aussi, le fait de consommer les deux en même temps potentialise la toxicité du tabac. Et de manière plus globale, le cannabis renforce les effets, même physiologiques, des substances psychoactives. Nous aborderons donc ici les conduites liées à la consommation du cannabis.

4.3 Cannabis

4.3.1 L'usage du cannabis

Le cannabis demeure la substance illicite la plus consommée chez les 15-25 ans. Il existe différents modes de consommation. Le cannabis peut se consommer sous forme d'herbe ; dans le langage courant on parlera alors « d'herbe », de « beuh » ou de « skunk » ; il peut également se consommer sous forme de résine on parlera alors de « shit », « bedo » ou encore « nederwiet » ; enfin le cannabis peut se consommer, plus rarement, sous forme d'huile. Le cannabis est fumé sous forme de « joints ». Enfin, depuis plusieurs années une autre modalité de consommation apparaît sous forme d'inhalation avec une pipe à eau (appelé « bang ») ou de vaporisateur (Dervaux & Laqueille, 2012)

Plusieurs études ont mis en avant les effets recherchés par les jeunes lors de consommation de cannabis. On retrouve dans l'ensemble une recherche de plaisir, le sentiment d'appartenance à un groupe, une certaine euphorie, une aide pour s'endormir également (Kerjean & Le Berre, 2012). Le cannabis provoque une certaine euphorie, des sensations décuplées avec une modification de l'ancrage

dans le temps et l'espace et parfois des hallucinations. Nous détaillerons ces effets dans la deuxième partie.

L'étude de Chabrol, Roura, et Kallmeyer (2004) propose de mettre en avant les représentations des effets du cannabis parmi les adolescents consommateurs et non consommateurs.

Les résultats montrent dans l'ensemble que les représentations des effets du cannabis divergent selon que l'adolescent soit consommateur ou non. Ainsi, les usagers du « bang » (inhalation rapide et massive) rapportent des effets brusques et violents qui rapprochent le cannabis d'une drogue dure. Concernant la représentation des effets psychiques plaisants, 54% des consommateurs rapportent des effets plaisants contre 30% des non-consommateurs. Les effets plaisants prennent la forme de relaxation, détente, bien être et gaieté. De plus, les effets positifs du cannabis favoriseraient la réduction des affects négatifs, une intégration sociale plus facile, et l'expérience de la dépersonnalisation et déréalisation est vécue de manière positive. Par ailleurs, concernant la représentation des effets déplaisants ou négatifs du cannabis, il n'y a pas de différence significative de perception entre le groupe des consommateurs et celui des non-consommateurs. Néanmoins, dans l'ensemble les effets négatifs relevés sont: altération des capacités cognitives et de l'attention, irritabilité et agressivité, perte de contrôle, malaise et effets dépressogènes.

Les consommateurs de cannabis ont relevé moins fréquemment d'effets déplaisants, des risques physiques, de tolérance, de symptôme de sevrage et de dépendance. Enfin, les consommateurs de cannabis ne perçoivent pas de retentissements négatifs sur leur scolarité, sur leurs relations sociales et familiales. Enfin, aucun sujet des deux groupes n'a mentionné le risque que procure la consommation de cannabis lors de la conduite.

Les troubles liés à l'usage du cannabis sont de plusieurs ordres. Tout d'abord au niveau somatique on note l'apparition de troubles au niveau de l'appareil respiratoire : d'ordre allergique avec de l'asthme et de la toux, ainsi qu'une bronchite chronique pour les usages réguliers ; et des troubles

cardiovasculaires. On note également des perturbations d'ordre digestives (douleurs gastriques, troubles du transit) (Varescon, 2005).

Au niveau des fonctions cognitives, des troubles mnésiques sont rapportés ainsi qu'un syndrome amotivationnel (désintérêt scolaire, sociale parfois amenant à une déscolarisation). Par ailleurs, nous savons maintenant que l'usage du cannabis peut être à l'origine, couplé avec d'autres facteurs, d'une décompensation sur le plan psychiatrique. En effet, cela peut être une porte d'entrée dans la psychose.

4.3.2 Comorbidités et usage de cannabis

L'utilisation de cannabis peut être une porte d'entrée ou au moins accélérer le développement de pathologies psychiatriques. Plusieurs études se sont intéressées aux comorbidités psychiatriques associées à l'usage de cannabis. Le DSM IV a également catégorisé les **troubles liés au cannabis**, dans lesquels nous retrouvons les troubles liés à l'utilisation du cannabis avec :

- La dépendance au cannabis
- Abus de cannabis

Les troubles induits par le cannabis :

- Délirium par intoxication au cannabis
- Trouble psychotique induit par le cannabis, avec idées délirantes
- Troubles anxieux induit par le cannabis
- Trouble lié au cannabis, non spécifié

Intoxication au cannabis : *utilisation récente de cannabis ; changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs* (altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développés pendant ou après l'utilisation de cannabis ; *au moins deux des signes suivants se développant dans les deux heures suivant l'utilisation de cannabis* : conjonctives injectées,

augmentation de l'appétit, sécheresse de la bouche, tachycardie. Cette classification a été reprise lors de la 5^{ème} édition du DSM en 2013.

Les comorbidités psychiatriques avec l'utilisation du cannabis ont en effet déjà été évaluées à plusieurs reprises. Aussi, des troubles psychiatriques, dont les troubles du comportement en milieu scolaire ont été retenus sur plus de 50% d'un échantillon de 223 usagers (Guillem et al., 2015). Les troubles sont plutôt externalisés (conduites oppositionnelles, antisociales et autoagressives) pour la plupart. Par ailleurs, on retrouve fréquemment et lors d'intoxication aiguë (appelée également « ivresse cannabique »), la présence de troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnelle compulsif, anxiété généralisée et syndrome de stress post-traumatique) (Dervaux & Laqueille, 2012 ; Guillem et al., 2015 ; Battaglia & Gierski, 2014 ; Ruiz-Veguilla et al., 2013). Les effets psychotomimétiques (ou hallucinogènes) du cannabis ont été observés lors d'intoxication aiguë. On retrouve en effet, des symptômes psychotiques avec notamment la présence d'idées délirantes de persécution et d'hallucinations. Par ailleurs, les autres symptômes générés par la prise de cannabis sont de l'ordre de la dépersonnalisation et de la déréalisation, avec la présence d'illusion (perception déformée). Toutefois, ces effets disparaissent entièrement dans les douze à vingt-quatre heures qui suivent la prise de cannabis. Dans certains cas, les troubles persistent au-delà d'une journée, et on s'oriente alors vers des troubles psychotiques tels que décrits dans les classifications internationales. Cela reste assez rare lors d'une seule intoxication aiguë.

Une consommation régulière peut favoriser l'apparition de troubles mentaux plus pérennes. Les troubles dépressifs sont ainsi reconnus en lien avec la consommation de cannabis régulière (Abdoul, Le Faou, Bouchez, Touzeau, & Lagrue, 2012 ; Abdoul et al., 2012) ; ainsi que les tentatives de suicides (Battaglia & Gierski, 2014 ; de Pourtalès, Hazen, Cottencin, & Consoli, 2010 ; Guillem et al., 2015). Toutefois, il est encore difficile de bien distinguer le lien de causalité entre la consommation de cannabis et les symptômes dépressifs. En effet, est-ce le fait de présenter un syndrome dépressif qui accélère le processus d'entrée dans l'utilisation de cannabis ou est-ce le fait de fumer régulièrement

qui entraîne l'apparition d'un tableau dépressif ? Si on retient la dernière hypothèse, le fait de présenter une dépression *a posteriori* pourrait résulter de plusieurs facteurs dont le syndrome amotivationnel, l'échec scolaire etc., tandis que le risque suicidaire pourrait être favorisé à son tour par la présence d'une symptomatologie dépressive. Aussi, on peut se demander si l'usage de cannabis n'interviendrait pas comme une automédication pour pallier les affects négatifs induits par le cannabis (Dervaux & Laqueille, 2012). De plus, il s'agit également de tenir compte du phénomène de polyconsommation dans l'utilisation du cannabis, qui pourrait également, favoriser l'apparition de troubles de l'humeur. Par ailleurs, le trouble amotivationnel a été observé dans plusieurs études, chez des sujets consommant du cannabis. Il se caractérise par une certaine anhédonie, une perte d'intérêt, un émoussement affectif, une perte d'initiative, une certaine apathie et passivité ainsi qu'un appauvrissement intellectuel et un retrait social. Ce trouble résulte notamment d'une consommation régulière de cannabis. Toutefois, ce syndrome se résolve après plusieurs semaines de sevrage (Dervaux & Laqueille, 2012 ; Kerjean & Le Berre, 2012 ; Varescon, 2005).

Enfin, les troubles cognitifs associés à une consommation accrue de cannabis ont été renseignés par quelques études. Dans un premier temps on relève des troubles mnésiques, notamment sur la mémoire immédiate et la mémoire de travail (Dervaux & Laqueille, 2012 ; Kerjean & Le Berre, 2012 ; Tamm et al., 2013 ; Varescon, 2005). De plus, la consommation régulière de cannabis a un impact sur l'apprentissage et le raisonnement, ce qui peut expliquer l'échec scolaire, entre autre, chez les jeunes consommateurs. Par ailleurs, les troubles externalisés (troubles des conduites, comportements oppositionnels avec provocation et trouble du déficit de l'attention et hyperactivité - TDAH) sont plus répandus à la fois chez les consommateurs réguliers non dépendants et chez les consommateurs régulier dépendants. Toutefois, les troubles internalisés (troubles de l'humeur, troubles anxieux) sont plus le fait des consommateurs dépendants. Enfin, les consommateurs réguliers, qu'ils soient dépendants ou non sont plus à risques de développer un TDAH (van der Pol et al., 2013).

Il n'y a pas, actuellement de consensus sur le lien de causalité entre le développement d'un TDAH et le fait de consommer du cannabis. Une étude récente (Tamm et al., 2013) a montré qu'il n'existait pas de lien significatif entre le fait de présenter un TDAH et de consommer du cannabis. Toutefois, ce résultat peut être nuancé. Les participants ayant reçu un diagnostic de TDAH durant l'enfance et qui déclaraient fumer régulièrement du cannabis, dont le début daté d'avant 16 ans, présentaient davantage de difficultés d'ordre cognitive.

Devant les effets indésirables générés par l'utilisation du cannabis, certains jeunes souhaitent arrêter spontanément leur consommation sans aide thérapeutique. C'est ce que met en avant l'étude de Chauchard, Septfons, et Chabrol, (2013). En effet, les auteurs se sont intéressés à évaluer les stratégies de coping, les motivations ainsi que les bénéfices perçus chez des consommateurs de cannabis, lors d'un arrêt spontané. L'étude porte sur un échantillon de 63 personnes dont l'âge moyen est de 28 ans. Dans l'ensemble on remarque que pour la plupart des participants les troubles cognitifs générés par le cannabis sont une des motivations pour arrêter de fumer. Alors que la dernière motivation est l'inquiétude concernant les problèmes de santé. Les stratégies d'adaptation les plus largement déployés, lors d'un arrêt, sont dans un premier temps de se recentrer sur sa propre volonté et sa motivation pour atteindre son objectif et dans un second temps de réaménager son environnement de vie en se débarrassant, pour la plupart des participants, de tout son cannabis et du matériel permettant de le fumer. Enfin, les bénéfices perçus était de ressentir plus d'énergie pour une grande partie des participants (75%). Toutefois, les rechutes représentaient plus de la moitié de l'échantillon au moment de l'étude. Aussi, les participants qui étaient abstinents présentaient plus de motivation à arrêter devant les effets négatifs du cannabis alors que les personnes ayant rechuté présentaient des motivations plus de l'ordre du contrôle et de l'économie d'argent. De plus, les participants abstinents faisaient davantage appel aux encouragements de leurs famille et amis lors de difficultés à arrêter plutôt que les personnes ayant rechuté.

Enfin, les abstinents et les personnes ayant rechuté observaient les mêmes bénéfices perçus de l'arrêt, c'est-à-dire passer plus de temps avec les autres. Cette étude nous permet de souligner l'importance des représentations liées au cannabis dans un processus d'arrêt. Toutefois, la prise en compte des troubles de l'humeur nous semble primordiale pour appréhender l'individu dans ce processus d'arrêt. Dans ce sens, une étude descriptive et rétrospective a étudié les caractéristiques cliniques des patients consultant pour une prise en charge d'un sevrage de cannabis (Abdoul et al., 2012). L'objectif était de déterminer les facteurs liés à leur suivi médical et psychiatrique. Cent quarante-huit dossiers ont été retenus sur les consultations ayant eu lieu entre 2005 et 2007. L'âge moyen des patients était de 26 ans. Dans 34% des cas la démarche de soins était personnelle. La majorité des personnes (87%) ayant consulté présentaient un trouble anxio-dépressif à la HAD (dont 59% présentaient un trouble anxieux et 28% un trouble dépressif), 40% ne sont pas revenus après la première consultation. Toutefois, un lien est montré entre le suivi de la prise en charge et le fait d'avoir déjà essayé d'arrêter de fumer du cannabis, d'avoir un traitement pharmacologique pour le sevrage du tabac et un traitement antidépresseur. Une diminution des troubles anxieux a été observé au fil des consultations ; cependant, cette évolution n'a pas été associée avec l'arrêt du tabac/et ou du cannabis. On peut faire l'hypothèse que le fait d'avoir un lieu pour leur prise en charge est un facteur diminuant l'anxiété. Enfin, les patients sevrés étaient au nombre de 22. Ils ont arrêté de consommer à un mois de suivi. Ils présentaient plutôt une consommation modérée du tabac et du cannabis. Sur le plan de l'humeur, ces patients se présentaient davantage anxieux que dépressifs.

Cette étude montre bien l'intérêt de recueillir des caractéristiques individuelles afin de prendre en charge de manière global l'individu et non pas de se focaliser essentiellement sur la consommation. Certains facteurs de maintien de la consommation peuvent expliquer le taux de personnes ne poursuivant pas leur prise en charge ou les rechutes. De plus, le cannabis, bien qu'illicite, reste une substance facilement accessible selon les jeunes interrogés lors de l'enquête *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) en 2011 (Nézet, 2013).

Ce qui pourrait contribuer, entre autres, à une absence de diminution de consommations chez les jeunes. L'entrée dans la consommation de cannabis résulte à la fois d'une opportunité et de la volonté de consommer ; en d'autres termes il s'agit d'être exposé de manière directe (offre de cannabis) ou de manière indirecte (l'environnement comporte des consommateurs de cannabis) pour qu'un individu soit enclin à lui-même consommer (Burdzovic Andreas & Pape, 2015).

5. Modèles explicatifs de l'addiction

La littérature sur les addictions met en avant des modèles de différentes épistémologies (systémique, cognitivo-comportementale, biopsychocomportementale, psychosociale et psychanalytique) qui tentent d'expliquer l'apparition d'une addiction et son maintien dans le temps. Les auteurs s'accordent sur le fait que la recherche de sensation constitue un critère commun biopsychocomportemental de l'ensemble des pathologies addictives. A cela, le modèle psychodynamique de la dépendance ajoute trois grandes idées (Marcelli & Braconnier, 2013). La première correspond au modèle du plaisir lié à l'excitation érotique qui se définit comme la recherche d'une jouissance dans la douleur. La seconde est le modèle du narcissisme qui empreinte le concept de soi-objet afin d'expliquer la relation de dépendance d'un sujet au produit. Le sujet dépendant a besoin alors d'un objet non pour ses qualités mais il en a besoin en soi. Enfin, le modèle de l'apaisement des tensions constitue la troisième idée du modèle psychodynamique de la dépendance. Celui-ci se caractérise notamment chez les personnes présentant une forte impulsivité, une certaine instabilité et une intolérance à la frustration. Ces manifestations soulignent une certaine carence des mécanismes de défense et d'adaptation contre l'angoisse. De fait, les produits auxquels le sujet est dépendant pallient les tensions générées par l'angoisse. Comme nous avons pu l'aborder précédemment, il existe différents types de consommation de produit à l'adolescence.

Braconnier et Marcelli, (1998) ont catégorisé ces différents modes de consommation en trois parties. Le premier mode de consommation est festif et récréatif. Il se fait en groupe, au cours de moments festifs. C'est l'effet euphorisant du produit qui est recherché. Dans ce mode de consommation le fonctionnement global de la personne est conservé, et les différentes activités investies sont maintenues. De plus, il n'existe pas nécessairement de facteurs de risque familial ou personnel dans ce mode de consommation. Le deuxième mode de consommation se définit comme auto-thérapeutique. C'est l'effet anxiolytique qui est recherché dans ce mode de consommation. Les jeunes attendent de l'utilisation du produit de se sentir « bien », « cool ». Cette consommation peut être solitaire. Dans ce cadre-là, on constate des débuts de décrochage scolaire et des activités extra-scolaires. La vie sociale de l'individu devient plus pauvre. Les facteurs de risque familiaux ne sont pas nécessairement présents en revanche on retrouve davantage de facteurs de risque individuels tels que : des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur et des troubles anxieux. Enfin, la dernière catégorie de consommation est celle des toxicomanes. Dans ce cadre d'utilisations, c'est l'effet anesthésiant qui est recherché. On observe avec ce mode de consommation une réelle rupture à la fois sociale, scolaire et individuelle avec des changements de comportements (repli sur soi par exemple). La consommation peut se faire seul ou à plusieurs. Celle-ci est régulière, voire quotidienne. On retrouve dans ce contexte des facteurs de risque familiaux et également individuels. Toutefois, des facteurs plus individuels s'ajoutent à cette tendance d'opportunité et de volonté pour comprendre le fait de consommer.

6. Consommations d'alcool, de tabac, de cannabis et complications somatiques

Bien que notre recherche n'ait pas pour objectif d'être préventive, il nous a semblé important d'aborder les complications somatiques directement liées aux différentes consommations évoquées précédemment. Le tabagisme et l'alcool représentent des facteurs de risque de cancer. Le tabagisme est responsable de plus de 22% des décès dus au cancer (Steel, 2016). L'alcool représente la deuxième

cause de décès (10%) par cancer après le tabac en France¹. La consommation de tabac induit des maladies respiratoires cancéreuses. La consommation conjointe du tabac et du cannabis majore les effets de chacune des substances sur l'apparition de maladies respiratoires. De plus, le cannabis augmenterait le risque de cancer naso-pharyngé (Benard et al., 2015). La littérature souligne également les complications digestives, métaboliques, cutanéomuqueuses et gynéco-obstétricales directement liées à la consommation de cannabis. Toutefois, il est parfois difficile de distinguer ce qui est causé par la consommation de cannabis étant donné que le tabagisme y est souvent associé (Schwitzer et al., 2016). Par ailleurs, la consommation d'alcool augmente le risque de développer certaines pathologies cancéreuses, telles que : les cancers qui concernent la sphère oto-rhino-laryngologique, le cancer de l'œsophage, le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du foie (Hill, 2003). De plus, les effets de l'alcool et les conséquences néfastes sur la santé sont augmentés quand ils sont associés à la consommation de tabac².

Au terme de cette partie, il apparaît que nous assistons à des variations de modalités de consommations depuis plusieurs années (hausse/diminution/consommation régulière/ponctuelle etc.) toutefois, l'alcool, le tabac et le cannabis restent les substances les plus expérimentées et utilisées au cours de l'adolescence. L'utilisation de ces substances n'est pas sans risque sur la santé et constitue, parfois, une porte d'entrée dans des pathologies somatiques graves.

Aux addictions aux substances s'ajoutent ce que l'on nomme depuis quelques années maintenant, les addictions comportementales, bien reconnues par la dernière version du DSM 5. Nous aborderons alors par la suite les troubles du comportement alimentaire et l'addiction à internet qui constituent les deux grandes catégories des addictions comportementales.

¹ Source : Institut National du Cancer

² Source : Institut National du Cancer

Chapitre 3 Addictions comportementales

Sous l'appellation *addiction*, sont regroupés différents types de conduites addictives. On distingue les addictions à une substance licite, ou illicite, telles que vues précédemment, et les addictions comportementales qui se caractérisent sans l'usage de substance. Les addictions comportementales ont évolué avec le temps et la société, la plus ancienne est l'addiction à des jeux d'argent tandis que les plus récentes sont tournées vers un nouveau système de consommation très répandue et accessible à tous, à savoir : internet et les jeux vidéo. Les principales addictions comportementales, reconnues sont : l'addiction aux achats (achats compulsifs), aux jeux de hasard et d'argent (le jeu pathologique), à internet (cyberdépendance), les troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie), l'addiction au travail (workaholisme) et enfin l'addiction aux activités physiques. Dans ce chapitre nous nous intéresserons principalement aux troubles des conduites alimentaires et à l'addiction à internet.

1. Troubles des conduites alimentaires

Les derniers résultats de l'Etude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (ESTEBAN, 2015) montrent qu'en France, l'obésité a tendance à se stabiliser alors que la maigreur a tendance à augmenter chez les filles âgées de 11 à 14 ans.

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) se caractérisent par de graves perturbations du comportement alimentaire. Au-delà de l'aspect nutritionnel et physiologique de l'alimentation, ce domaine rentre dans un aspect purement psychopathologique. En somme, l'anorexie et la boulimie sont des pathologies qui surviennent majoritairement durant l'adolescence, toutefois ils existent des formes pré-pubères et tardives qui sont plus rares. Plusieurs auteurs se sont intéressés à comprendre l'origine des troubles des conduites alimentaires et notamment les facteurs de risque pouvant précipiter l'apparition de ce trouble. L'ensemble de la littérature s'accorde sur l'existence d'une vulnérabilité génétique chez les personnes présentant un TCA ainsi que le fait d'être apparentés à des individus avec

TCA. Jeammet (2007) considère que l'origine de ces troubles est multifactorielle mais que les facteurs de vulnérabilité liés à la personnalité sont prédominants, tels que : une héritabilité génétique, un trouble de l'attachement et du développement parfois accentué par des traumatismes et des événements de vie aux conséquences négatives. Certains auteurs mettent en avant également l'existence de désordre alimentaire antérieur (anorexie infantile et surpoids) durant l'enfance, et une vulnérabilité psychique à l'adolescence pouvant expliquer l'apparition de TCA (Battaglia & Gierski, 2014). Concernant les comorbidités associées aux troubles des conduites alimentaires, la littérature met en avant : le fait de présenter une faible estime de soi, un niveau de perfectionnisme élevé, des difficultés d'autonomisation et de gestion de la colère liées à une incapacité à réguler ses affects négatifs. Des éléments familiaux ont également été pris en compte pour tenter d'expliquer le développement des TCA et leur maintien dans le temps. La structure familiale constitue un des repères explicatifs du trouble. Minuchin, Rosman, et Baker (1978) décrivent dans ce sens quatre caractéristiques de structure familiale favorisant et pérennisant les troubles somatiques et alimentaires. La première caractéristique est l'enchevêtrement qui se définit par une intrusion permanente des espaces psychiques et psychoaffectifs. La deuxième caractéristique est la surprotection, c'est-à-dire l'attention excessive accordée au bien être de l'autre. L'absence de résolution de conflit, qui comprend l'évitement des conflits ou le conflit permanent, constitue un des autres critères familiaux concernant l'apparition et le maintien des TCA. Enfin, le dernier critère est la rigidité, qui correspond à une absence de capacité d'adaptation aux modifications internes. La présence de ces critères vont intensifier le sentiment d'appartenance à la structure familiale et vont inhiber les processus d'individuation et de différenciation. La qualité des liens d'attachement constitue également un élément familial expliquant l'apparition des TCA. En reprenant la théorie de l'attachement de Bowlby (1969) et les trois modèles généraux de l'attachement nous trouvons, ici, une autre explication au développement des TCA. C'est dans le type « insecure » que s'inscrivent le développement et le maintien des TCA (as cited in Battaglia & Gierski, 2014). Dans ce contexte-là, les auteurs observent une pauvreté de la qualité des

soins parentaux, un manque d'empathie, une instabilité des comportements émotionnels, un comportement maternel intrusif lié à un manque de protection affective, ainsi qu'une absence de soutien émotionnel.

De manière plus globale et pour rejoindre les modèles déjà utilisés pour expliquer les addictions en général, nous pouvons retenir que le développement de troubles des conduites alimentaires peut s'inscrire dans un modèle dit environnemental, pour rejoindre les modèles familiaux, qui situe la genèse des troubles à l'extérieur des personnes (ici, dysfonctionnement familial par exemple). D'autre part, le modèle dispositionnel définit que ce sont les caractéristiques de l'individu qui déterminent l'apparition d'une conduite addictive avec la présence d'une vulnérabilité innée ou acquise.

Enfin, le modèle transactionnel, multifactoriel et intégratif souligne que le développement de troubles addictifs s'inscrit dans une interaction permanente entre les caractéristiques personnelles de l'individu ainsi que celle de son environnement. C'est dans ce modèle que cette recherche et les questionnements qui en découlent s'inscrivent.

Ainsi, l'utilisation d'une conduite addictive comme stratégie pour faire face à une situation stressante peut à la fois apaiser les tensions et aussi devenir à son tour une source de stress (Boujut & Bruchon-Schweitzer, 2010). Dans leur étude portant sur une population d'étudiants, Boujut et Bruchon-Schweitzer (2010) montrent que les prédicteurs des TCA sont le coping centré sur les émotions, le niveau de l'indice de masse corporelle, l'image du corps et la manière de s'adapter face au stress universitaire. Les classifications internationales s'accordent sur le fait que les TCA ne sont pas secondaires à une autre pathologie. Dans la nouvelle classification du DSM-5 (2013), les TCA sont abordés dans la catégorie « Troubles du comportement alimentaire et autres troubles non spécifiés ». Trois modifications sont apportées depuis le DSM IV: la première concerne le retrait de l'aménorrhée comme critère diagnostique ; la seconde porte sur la fréquence minimale des crises de boulimie identifiées à une fois par semaine ; et enfin, la dernière modification est la reconnaissance de

l'hyperphagie et du *binge eating* au sein des troubles du comportement alimentaire. Enfin, bien que fréquemment attribué à l'anorexie mentale et à la boulimie, nous verrons qu'il existe d'autres formes de TCA ainsi que des formes subcliniques ne remplissant pas tous les symptômes considérés par les classifications internationales.

1.1 Définitions et caractéristiques cliniques

1.1.1 Anorexie mentale

L'anorexie mentale (*anorexia nervosa*) se définit par un refus de maintenir le poids corporel à une valeur minimum normale (DSM-5 2013). Pour poser un diagnostic, le sujet doit présenter un ensemble de symptômes tels que : refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille, peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale, altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur).

Deux types d'anorexie mentale existent : le premier est le *type restrictif* qui souligne l'absence de comportement compensatoire pour pallier les crises de boulimies (prise de laxatifs, vomissements provoqués), le sujet présentant une anorexie de type restrictive se restreint de s'alimenter. Au contraire, le sujet présentant une anorexie de *type purgatif* a recours aux vomissements provoqués et à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

La survenue du trouble pour être associée à l'interaction de plusieurs facteurs tels que : une séparation, les transformations corporelles, les maltraitances et abus sexuels. L'anorexie se caractérise par trois symptômes saillants (Laségue, 1873), tout d'abord : l'*anorexie* qui est le symptôme dominant et se caractérise par une restriction alimentaire volontaire pour perdre un excès de poids réel ou imaginaire. S'en suit l'*amaigrissement* qui donne un aspect cachectique aux corps des patients. Enfin, l'*aménorrhée*, l'absence de flux menstruel chez une femme qui est liée à une perte de la masse

corporelle et musculaire. D'autres symptômes peuvent accompagner les trois décrits précédemment. Nous relevons, la *potomanie* qui correspond à un besoin très fréquent, voire permanent, d'intégrer de très grandes quantités de liquide. Le *mérycisme* fait également partie des autres symptômes, qui se caractérise par la régurgitation puis d'une remastication des aliments qui viennent d'être avalés. Par ailleurs, un *déni* des troubles constitue l'un des traits majeurs de l'anorexie. Il se caractérise par la négation des troubles et le refus de soins. Ce qui rend la prise en charge difficile. D'autres parts, on relève une *perturbation de l'image du corps* (dysmorphophobie) (Zanetti, Santonastaso, Sgaravatti, Degortes, & Favaro, 2013), une *hyperactivité physique et intellectuelle*, un certain *perfectionnisme* et enfin, la personne souffrant d'anorexie peut tendre vers un *ascétisme* (Varescon, 2009).

Qu'en est-il des troubles associés à l'anorexie ? Dans l'ensemble les études montrent la prédominance de troubles de l'humeur (dépression, dysthymie) et de troubles anxieux (phobie sociale et trouble obsessionnel compulsif) (Bühren et al., 2014). De plus, une distinction serait faite entre l'anorexie de type purgatif qui présenterait plus de comorbidités psychiatriques, avec notamment présence d'auto-mutilation et d'idéation suicidaire ; et l'anorexie de type restrictif qui présenterait des symptômes de dépression et des signes psychopathologiques moindres (Bühren et al., 2014 ; Varescon, 2009). Par ailleurs, la population masculine est peu représentée dans les études sur les troubles des conduites alimentaires. L'anorexie mentale masculine est plus rare que chez la fille.-Chez le garçon, le trouble peut s'installer soit dans une organisation psychopathologique spécifique telle qu'une psychose ou dans la prolongation d'une anorexie installée depuis la petite enfance (Despinoy, 2002 ; Marcelli & Braconnier, 2013). Une récente étude a évalué la fréquence des troubles alimentaires chez les jeunes hommes (Valls, Callahan, Rousseau, & Chabrol, 2014). L'étude portait sur un échantillon de 458 jeunes étudiants d'une université française, dont l'âge moyen était de 21 ans. Les résultats ont montré que 17% des participants présentaient des troubles des comportements alimentaires (dont les troubles cliniques et subcliniques). Aussi, 43% des participants souhaitaient prendre du poids tandis que 30%

d'entre eux souhaitaient en perdre. Les autres résultats de l'étude montraient que les participants présentant des TCA étaient plus susceptibles de rapporter une symptomatologie dépressive.

1.1.2 Boulimie

La boulimie (*Bulimia nervosa*) se caractérise par des épisodes répétés de crises de boulimie, caractérisée par l'absorption d'une grande quantité de nourriture en un temps limité, et par un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise. De plus, afin de définir un diagnostic de boulimie, d'autres symptômes sont associés tels que : la présence de comportements compensatoires inappropriés et récurrents afin de prévenir une prise de poids éventuelle (prise de purgatifs, activités physiques excessives, jeûne, lavements). De plus, les crises de boulimie et les comportements compensatoires surviennent tous deux au moins deux fois par semaine pendant trois mois. Aussi, l'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle. Enfin, le trouble ne survient pas exclusivement lors d'épisode d'anorexie mentale. Comme l'anorexie mentale, la boulimie se caractérise en deux type : le premier est de *type avec vomissements ou prise de purgatifs*, le second est de *type sans vomissements ni prises de purgatifs*, dans ce dernier cas, le sujet a recours à d'autres comportements compensatoires (DSM-5, 2013).

Au niveau des troubles psychopathologiques nous retrouvons dans toutes les études relevées, la présence de troubles anxieux et dépressifs et de manière plus isolé nous soulignons la présence de certains traits de personnalité tels que : l'impulsivité, l'inattention, un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (Brown, Haedt-Matt, & Keel, 2011 ; Brownstone et al., 2013 ; Seitz et al., 2013). Aussi, les personnes souffrant de boulimie présentent une mauvaise estime de soi, renforcée par la dépression qui influence les cognitions de manière négative (Varescon, 2009). Par ailleurs, l'étude de Santangelo et al. (2014) met en avant que les personnes atteintes de boulimie présentent une instabilité émotionnelle, similaire aux personnes présentant un trouble de la personnalité borderline, et aux personnes souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique.

Enfin, parmi les comorbidités, nous retrouvons également l'abus de substance (Carbaugh & Sias, 2010 ; Keski-Rahkonen et al., 2013 ; Varescon, 2009). La raison de cet abus relève notamment, pour les auteurs, des facteurs communs de la boulimie et des conduites addictives. Enfin, l'image de soi perturbée et une quête extrême de la minceur restent des facteurs de maintien de la maladie.

On peut souligner des aspects communs de l'anorexie et de la boulimie tels qu'une altération de la perception de la forme corporelle et du poids, ainsi qu'une estime de soi influencée par cette perception altérée (Schiltz & Brytek-Matera, 2009). En effet, l'image corporelle est une caractéristique multidimensionnelle, liée à différents facteurs psychologiques comme : l'anxiété d'anticipation, le sentiment d'inefficacité et de dépréciation de soi (Zanetti et al., 2013). D'autre part, dans leur étude, Schiltz et Brytek-Matera (2009) mettent en avant que les personnes souffrant d'anorexie et de boulimie présentent le même fonctionnement défensif, à savoir un fonctionnement relevant de la personnalité limite. Aussi, les auteurs soulignent le fait que les stratégies négatives, telles que : la fuite, les ruminations, la résignation et l'auto-accusation, sont davantage utilisées par les personnes souffrant de TCA plutôt que le groupe contrôle.

1.1.3 Troubles des conduites alimentaires non spécifiés

Dans cette catégorie nous retrouvons d'une part le *Binge Eating Disorder* (BED : l'hyperphagie boulimique) caractérisé par des épisodes récurrents de crise de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés (DSM IV-R 2000). En conséquence, les patients souffrent de surpoids ou d'obésité. Contrairement à la boulimie, le comportement alimentaire est mesuré en journée de suralimentation et non en nombre de crises par semaine. Les caractéristiques cliniques du BED sont de plusieurs ordres. Au niveau psychopathologique, le BED génère une forte détresse émotionnelle, de la honte, une distorsion de l'image corporelle, un retentissement sur le fonctionnement psychosocial et une faible estime de soi (Zanetti et al., 2013). De plus, au niveau des troubles associés nous pouvons souligner la survenue de dépression, de trouble de l'alcoolisation, de

consommation de substances, et de troubles anxieux. Par ailleurs, Gianini, White, et Masheb (2013) ont testé les liens entre le « manger pathologique », la régulation des émotions, et l'excès de repas en réponse aux émotions chez les personnes souffrant d'obésité avec hyperphagie boulimique. Les auteurs montrent qu'une absence de clarté des émotions, une difficulté à les reconnaître et à les exprimer est associée à une suralimentation dans cette population. De plus, cette population connaît des niveaux extrêmement élevés d'affects négatifs et présentent des troubles de l'adaptation par les expériences des BED. D'autre part, au sein de cette catégorie, nous retrouvons également le *Night Eating Syndrome* (NES : syndrome d'alimentation nocturne) qui se caractérise par une anorexie matinale, une alimentation nocturne et une insomnie (Varescon, 2009). L'obésité est également l'une des conséquences de ce trouble. Une humeur dépressive, un trouble du sommeil et une faible estime de soi y seraient associés.

De plus, l'étude de Calugi, Dalle Grave, et Marchesini (2009) met en avant que les personnes obèses, souffrant de NES obtenaient des scores significativement élevés de dépression à la *Beck Depression Inventory* (BDI) et faisaient état d'un fort impact de leur poids sur leur qualité de vie au niveau de la santé, la mobilité, la vie sexuelle, les activités de la vie quotidienne, et le rapport à la nourriture. De plus, les crises de boulimie seraient associées à une insatisfaction de l'image corporelle.

1.2 Comorbidités somatiques et anorexie

A notre connaissance, une étude propose d'interroger la présence simultanée de maladies somatiques indépendantes de l'anorexie et l'existence de l'anorexie elle-même. Erdur et al. (2012) ont comparé les patients atteints de maladies somatiques et d'anorexie avec les patients atteints seulement de maladies somatiques. Afin d'évaluer l'impact de la maladie somatique sur l'évolution de l'anorexie, les patients ont été suivis sur du long terme. Dans l'ensemble, les résultats montrent que sur 169 femmes hospitalisées pour anorexie, environ 24% présentaient des comorbidités somatiques. Celles-ci étaient en partie liées à l'anorexie pour environ 8% des participantes tandis que pour environ 15%,

les comorbidités somatiques étaient indépendantes de l'anorexie. Pour les deux sous-groupes, ce sont des maladies internes qui ont été observées. Concernant les comorbidités somatiques liées à l'anorexie, les auteurs relèvent une néphropathie, une insuffisance rénale, une tachycardie, un prolapsus valvulaire mitral et une gastrite alimentaire.

Les patientes anorexiques et présentant une comorbidité somatique étaient plus âgées au moment du traitement, présentaient un début d'anorexie plus tardif et une plus longue période d'hospitalisation. Enfin, la mortalité était significativement plus fréquente chez les patientes hospitalisées avec comorbidités somatiques. La mortalité a été également associée avec des fréquences plus élevées de la toxicomanie.

Cette étude est intéressante dans la démarche de mettre en parallèle l'existence d'anorexie et de comorbidités somatiques et d'évaluer son impact à long terme sur les traitements notamment, mais aussi sur la mortalité. Néanmoins, la méthode utilisée qui porte sur de l'analyse rétrospective à partir de dossiers médicaux comporte des limites.

Par ailleurs, cette étude montre que le cancer ne fait pas partie des maladies somatiques associées à l'anorexie, or, nous verrons, par la suite, que les traitements du cancer peuvent avoir un impact sur la prise alimentaire et sur les sensations nociceptives. Nous questionnerons la présence de troubles des conduites alimentaires dans le champ de l'oncologie.

Nous avons vu que les troubles des conduites alimentaires se développaient au cours de l'adolescence et été inclus dans les nouvelles classifications internationales sous le terme « addiction ». Par la suite nous verrons une autre forme d'addiction sans substance : l'addiction à internet.

2. L'addiction à internet

2.1 Définition

L'addiction à internet ou *cyberdépendance* se définit « comme une dépendance au virtuel par le biais d'internet, qui se traduit par un besoin de connexion qui ne correspond pas aux besoins réels d'une personne » (Varescon, 2009). Il existe, encore aujourd'hui un manque de consensus sur l'« addiction à internet ». Certains auteurs parlent davantage d'usage problématique, d'usage compulsif d'internet ou encore de jeu pathologique, tandis que d'autres utilisent clairement l'appellation dépendance ou addiction aux jeux vidéo. Néanmoins, il est nécessaire de distinguer un usage excessif d'internet pour répondre à des obligations professionnelles ou scolaires, qui se limitent à un temps donné. Par ailleurs, le terme de cyberdépendance est sujet à controverse dans la mesure où finalement internet n'est que le médiateur pour atteindre une autre forme de dépendance : celle aux jeux vidéo, aux Tchats, au sexe, aux achats compulsifs etc. Quel que soit le type d'addiction, celui-ci répond aux critères élaborés par Goodman (1990), comme vu précédemment.

Devant la diversité du contenu qu'offre internet, la plupart des études se sont intéressées à l'addiction aux jeux vidéo en ligne. Pour parler de l'addiction aux jeux vidéo, les auteurs font référence au comportement de joueurs qui passent beaucoup de temps en ligne, et l'impossibilité pour eux de réduire ou cesser leur activité même si celle-ci a des conséquences négatives sur leur fonctionnement. Griffiths définit six critères de l'addiction au jeu vidéo (Griffiths, 2010) :

- *La saillance comportementale* qui correspond au fait que le jeu vidéo devient l'activité principale de la personne et que toute ses pensées sont tournées exclusivement sur le jeu
- *La modification de l'humeur* entraînée par le fait de jouer. C'est-à-dire que les joueurs jouent pour : soit se relaxer soit rechercher une certaine excitation
- *La tolérance* qui oblige à augmenter le temps passé à jouer pour toujours atteindre les mêmes sensations

- *Les symptômes de manque* qui se manifestent par de la colère ou de l'anxiété quand le jeu n'est pas accessible
- *L'existence de conflit* avec des membres de la famille, de l'entourage social et dans le cadre du travail (avec un manque d'assiduité par exemple), et la présence de conflits internes avec une perte de contrôle etc.
- Et enfin *le phénomène de rechute* qui survient alors que la personne avait cessé de jouer et qu'elle reprend rapidement ses anciennes habitudes.

Nous pouvons remarquer que l'ensemble de ces manifestations ont déjà été décrites par les auteurs concernant les addictions avec substances.

La nouvelle version du DSM-5 (2013) inclut dans sa classification un trouble relatif à l'usage problématique des jeux vidéo « *internet gaming disorder* ». Encore une fois, la classification se focalise sur une addiction précise et non sur l'utilisation d'internet en général.

La classification explique que la pratique des jeux vidéo répétée en ligne, conduit à une dépendance si la personne présente au moins cinq critères parmi les neufs ci-après pendant une période d'au moins douze mois :

- La préoccupation à jouer
- Les symptômes de manque
- La tolérance
- L'échec à contrôler
- La perte d'intérêt pour des activités précédentes
- La poursuite de l'utilisation excessive malgré les conséquences négatives
- Le mensonge sur le temps passé à jouer
- L'évasion ressentie lors du jeu
- Le fait de mettre en péril une relation, un emploi, une activité

2.2 Principaux types de jeux vidéo

Il existe plusieurs typologies de jeux vidéo. Les auteurs les regroupent par catégorie (Romo, Bioulac-Rogier, Kern, & Michel, 2012). Nous citerons dans les sous-catégories seulement les plus connus et indiqués dans les études. La première catégorie répertorie les jeux d'action. Ceux-là font appel aux réflexes et à une certaine synchronisation des mouvements dans le jeu. Les *jeux de tirs* font partie de cette catégorie (exemple : Grand Theft Auto (GTA), Call of Duty) ; la seconde catégorie sont les jeux d'aventure qui comprennent les *jeux d'infiltration et de survie*. Ce sont des jeux dans lesquels le joueur est le protagoniste d'un scénario et il doit résoudre un certain nombre d'énigmes en interagissant avec d'autres participants (exemple : Tomb Raider). Ensuite, la troisième catégorie répertorie les jeux de rôle. On distingue ici les *Role Playing Game* qui mettent en scène un ou plusieurs aventuriers détenant des pouvoirs et devant progresser dans une intrigue très souvent médiévale, et les *Massively Multiplayer Online Role Playing Games* (MMORPG) qui sont des jeux multi-joueurs. Ils sont une catégorie à part car ils mettent en scène parfois des milliers de joueurs en même temps. Ces jeux sont accessibles sur internet 24 heures sur 24 (le plus connu est sans aucun doute *World of Warcraft*). C'est dans cet univers que les joueurs créent et progressent sous l'avatar qu'ils ont choisis. Ces jeux sont réputés pour contenir une certaine violence. L'utilisation excessive des jeux de rôle entraîne des troubles de l'humeur ainsi que des troubles du comportement à caractère agressif (Liu & Peng, 2009). Enfin, la dernière catégorie rassemble les jeux de simulation qui comprennent les *jeux de gestion* (le joueur doit gérer un espace comme un vrai gestionnaire de biens), les *jeux de stratégie* (le joueur doit contrôler une région ou une armée en accentuant le développement économique par exemple), et les *jeux de sport* (jeux en ligne d'activités sportives). On retrouve couramment comme exemple de jeux, de manière respective : *Sim City*, *Les Sims*, *FIFA*, *PES 2014* etc.

2.3 Prévalence

Dans le monde, 12 millions de personnes ne pourraient se passer d'internet dont 6% seraient dépendants. En France, il n'y a pas d'études épidémiologiques avancées sur ce sujet par rapport aux jeux de hasard et d'argent. Au niveau de la prévalence de l'addiction comportementale dans la population d'adolescent, Villella et al. (2011) mettent en avant dans leur étude, qui comprend 2853 adolescents âgés de 13 à 20 ans, que le trouble le plus répandu concerne les achats compulsifs (11,3%), suivi de la dépendance à l'effort physique (8,5%), puis de la dépendance au travail (7,6%), suivi du jeu pathologique pour 7% et enfin de la dépendance à internet (1,2%). Les garçons seraient plus susceptibles de présenter une addiction à internet, et les auteurs ne notent pas d'effets de l'âge.

L'étude de Durkee et al. (2012) va dans ce sens également en montrant que la prévalence de l'utilisation problématique d'internet est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Les activités en ligne les plus fréquentes sont : regarder des vidéos, aller sur des forums et les réseaux sociaux. Cette étude va encore plus loin et explore les facteurs de risque d'un usage pathologique d'internet.

Les résultats montrent ainsi qu'un manque d'investissement des parents auprès de leurs enfants, le fait d'avoir des parents au chômage et de ne pas se sentir soutenu émotionnellement et psychologiquement augmenteraient le risque de développer un usage problématique d'internet. Enfin, les premiers résultats de l'enquête du Programme d'Etudes sur les Liens et L'impact des Ecrans sur l'Adolescent Scolairsté (PELLEAS, 2013) ont souligné plusieurs éléments allant également dans le sens des études précédentes. Cette étude a inclus 2000 élèves de la 4^{ème} au collège, à la première au lycée sur l'année scolaire 2013-2014. Les premiers résultats mettent en avant dans l'ensemble l'omniprésence des écrans dans les foyers (téléviseur, téléphone portable, tablette, ordinateur). Jouer à des jeux vidéo et surfer sur internet sont les deux activités les plus courantes. L'activité des jeux vidéo est plus répandue chez les garçons (92%) que chez les filles (78%). Le temps passé devant un écran dépasse parfois cinq à six

heures au quotidien, alors que les recommandations de santé conseillent de ne pas dépasser deux heures chaque jour devant un écran. Concernant les types de jeux, ce sont les jeux d'application (sur téléphone portable), les jeux de tirs et d'action et les jeux de simulation les plus prisés. Les jeux d'aventure, de rôle ou de stratégie sont moins répandus et enfin les jeux de gestion sont les jeux les moins populaires. Selon le genre les auteurs distinguent différentes pratiques. Les garçons jouent davantage aux jeux vidéo de stratégie, de rôle, de simulation, d'aventure de tir ou d'action. On note d'ailleurs que les jeux en ligne MMORPG sont davantage utilisés chez les garçons. De plus, ils joueraient plus en collectivité par rapport aux filles. Ces dernières vont sur internet notamment pour aller sur les réseaux sociaux. Elles auraient une utilisation d'internet plus solitaire. Sur l'ensemble de l'échantillon du programme (n=1625), 14% répondent aux critères d'addiction selon l'échelle de Lemmens (*Game Addiction Scale*). Les joueurs identifiés comme présentant un usage problématique d'internet, jouent presque à tous types de jeux mais plus fréquemment aux jeux de rôle et aux jeux de stratégie que les autres joueurs non identifiés comme joueurs pathologiques. Les filles qui sont identifiées comme présentant un usage problématique d'internet s'adonnent plus souvent à des jeux qui sont réputés masculins, tels que les jeux de simulation, d'aventure, de rôle ou de stratégie. Ce qui indique probablement que ces types de jeux présentent un réel caractère addictif. Enfin, cette étude souligne le rôle des parents dans la prévention de l'usage problématique d'internet chez les adolescents. En effet, les résultats montrent que les adolescents présentant un usage problématique du jeu déclarent une moindre communication avec leurs parents et une absence de réconfort. Par ailleurs, les parents qui régulent les jeux sembleraient constituer un facteur protecteur. Toutefois, les auteurs de ce programme mettent en garde contre un risque de « sur-pathologiser » la pratique du jeu. Ils mettent l'accent sur un point positif : le fait de jouer permet d'échanger avec des pairs et de s'inscrire dans une forme de sociabilité.

Les addictions comportementales, et notamment l'addiction à internet, sont un champ d'étude assez récent. C'est avec précaution que la littérature parle d'addiction à internet en prenant bien en compte l'environnement des individus. En effet, il s'agit d'être attentif sur la manière dont le jeu occupe les

sphères de la vie du joueur, s'il y a une rupture dans le comportement habituel, si des événements de vie se sont produits, etc. Toutefois, certaines études se sont intéressées à explorer les liens éventuels entre les addictions comportementales et les traits de personnalité

2.4 Troubles associés

Dans un premier temps, certaines études ont montré que les jeux en ligne et les applications de réseaux sociaux augmentaient le risque de dépendance à internet (Andreassen et al., 2013 ; Kuss, van Rooij, Shorter, Griffiths, & van de Mheen, 2013). A ceci s'ajoute des traits de personnalité associés à certaines addictions. Aussi, le névrosisme (tendance à ressentir des émotions négatives, manque de stabilité émotionnelle) serait corrélé à la dépendance au travail (ou études) ; l'extraversion serait corrélée à la dépendance aux réseaux sociaux, à l'exercice physique, au téléphone portable ainsi qu'aux achats compulsifs. L'ouverture à l'expérience (curiosité intellectuelle, pratiques peu conventionnelles) serait corrélée négativement à la dépendance aux réseaux sociaux et au téléphone portable. Aussi, les auteurs ont pu mettre en avant que le fait de jouer en ligne, à des applications et de présenter certains traits de personnalité (faible stabilité émotionnelle notamment) augmente le risque d'être dépendant à internet.

Enfin, l'extraversion et la conscience (meilleures capacités de contrôle des impulsions, planification des attentes) apparaissent comme des facteurs protecteurs (Andreassen et al., 2013 ; Kuss et al., 2013). Dans ce sens, Décamps, Idier, et Battaglia (2013) ont montré, avec leur étude et la méthode en cluster, trois profils d'addiction comportementale. Le premier est l'investissement sportif qui est corrélé avec le trait de personnalité de conscience élevée ; le second profil est la polyconsommation qui est corrélé avec l'ouverture comme trait de personnalité et enfin le dernier profil observé est relatif à l'investissement d'internet. Ce dernier profil serait en lien avec le névrosisme qui semble être la facette de personnalité la plus caractéristique des participants de ce type de profil.

Schmit, Chauchard, Chabrol, et Sejourne (2011) mettent en avant dans leur étude que les participants présentant un usage problématique de jeu en ligne présentent les critères suivants : un nombre important d'heures passées en ligne, un score important d'appartenance sociale dans la vie virtuelle, un coping centré sur l'émotion, une symptomatologie dépressive ainsi qu'un score haut de solitude et d'isolement social. Aussi, les analyses mettent en avant que le nombre d'heures passées en ligne par semaine, un score élevé à l'échelle de solitude ou d'isolement social et un sentiment important d'appartenance sociale à la vie virtuelle sont des facteurs prédictifs d'un usage problématique des jeux vidéo. Par ailleurs, concernant l'isolement social il s'avère difficile de distinguer si le fait de faire d'internet un usage problématique entraîne nécessairement un isolement ou, si ce sont plutôt les personnes isolées qui sont plus à même de faire d'internet un usage problématique. De plus, il est important de noter que plus la socialisation sur internet est grande plus les risques d'isolement et de phobie sociale sont grands. En effet, les relations établies par le biais d'internet sont moins engageantes et plus fictives. Celles-ci sont beaucoup moins dans la réalité et donc certainement moins anxiogènes. Le concept de vie virtuelle a été exploré également dans une autre étude en désignant la perception de soi réelle et la perception de soi virtuelle. Aussi, Gaetan, Therme, et Bonnet (2015) s'interrogent sur l'aspect adaptatif de l'addiction aux jeux vidéo aux regards de la perception du soi réel et du soi virtuel et de la symptomatologie dépressive. Les auteurs partent du constat que la fuite dans les jeux a tendance à réduire les affects négatifs.

Aussi, les résultats de cette étude, portant sur 74 adolescents âgés de 11 à 14 ans, montrent dans l'ensemble que les adolescents présentant une symptomatologie dépressive ont un score de perception du soi réel inférieur aux adolescents ne présentant pas de symptomatologie dépressive. Sans considérer les symptômes dépressifs, le score de soi virtuel est supérieur au score de perception du soi réel chez les 14 participants considérés comme présentant un usage problématique du jeu, la symptomatologie est plus importante que chez les participants non-addicts. Enfin, les auteurs s'accordent sur le fait que la perception du soi et la symptomatologie dépressive font parties des facteurs explicatifs de l'addiction

aux jeux. Cette étude marque notamment l'importance de l'avatar investi par les joueurs. L'avatar est un personnage représenté dans le monde virtuel, incarné par le joueur. Les adolescents présentant un usage problématique des jeux vidéo sont plus satisfaits de leur vie virtuelle que réelle (Gaetan, Bonnet, & Pedinielli, 2012). L'avatar est notamment utilisé dans les MMO. Il apparaît que certains aspects des jeux en ligne massivement multijoueurs sont des prédicteurs de l'utilisation problématique des jeux. Aussi, les motivations d'immersion, l'utilisation de la technologie vocale ainsi que le nombre d'heures passées en ligne chaque semaine constituaient des facteurs prédictifs de l'utilisation problématique d'internet.

Enfin, Walther, Morgenstern, et Hanewinkel (2012) proposent de mettre en relief la coexistence à la fois, de l'usage de substances, d'un usage problématique d'internet et des facteurs de personnalité, chez une population d'adolescents et de jeunes adultes dont l'âge moyen était de 16,7 ans. Dans l'ensemble les résultats montrent que les individus faisant usage de substances, ceux présentant une addiction aux jeux d'argent et aux jeux vidéo partagent seulement quelques caractéristiques. Au niveau des traits de personnalité, seul l'impulsivité est présente dans tous les comportements avec substances ou non. Aussi, des scores élevés de dépression et d'extraversion sont spécifiques aux consommateurs de substances et sont présents également chez les joueurs de jeux d'argent, ce qui rend à peu près semblable ces deux tableaux d'addiction. Alors que l'irritabilité, l'agressivité, l'anxiété sociale, le TDAH et une faible estime de soi sont des caractéristiques spécifiques aux joueurs de jeux vidéo. Cette étude rappelle que les addictions avec substances et les addictions comportementales partagent des critères diagnostiques communs.

2.5 Jeux vidéo et activité standard en milieu somatique

Nous n'avons trouvé à ce jour qu'une seule étude proposant d'observer les préférences en terme d'activités (activités physiques ou jeux vidéo) dans une population d'adolescents et de jeunes adultes hospitalisés pour une greffe de cellule souche hématopoïétique. Ainsi, Rosipal, Mingle, Smith, et

Morris, (2013) ont proposé aux participants différentes activités de jeux vidéo dits actifs, c'est-à-dire la Nintendo wii seul, la Nintendo wii avec un vélo stationnaire, ainsi qu'avec un tapis de danse. Parallèlement aux jeux vidéo actifs, les participants se sont également engagés volontairement dans des exercices plus standards tels que la marche, la musculation et le basket. L'objectif de cette étude était d'évaluer les comportements volontaires par rapport à ces deux modalités d'exercices. Il leur était demandé de pratiquer 60 minutes d'exercice par semaine répartis comme ils le souhaitaient en fonction de leur condition physique et leur état de santé. Les participants devaient tenir un journal d'activité afin d'évaluer le respect des exercices, la fréquence, la durée, et leur préférence entre les jeux vidéo actifs et les exercices standards. A côté des activités de loisirs, l'état de la performance physique et la qualité de vie étaient mesurés. Les résultats de cette étude pilote montrent dans un premier temps que la Nintendo wii est le jeu le plus choisi par les participants.

Concernant les exercices standards, les participants ont passé une grande partie de leur temps à la marche, combiné avec du renforcement musculaire. Cette étude met en avant dans un premier temps que la pratique d'une activité physique est faisable dans une unité d'hospitalisation. De plus, cette étude montre le volontarisme des patients dans ce contexte. Dans un second temps, cette étude souligne que les jeunes patients s'orientent spontanément vers un type de jeu virtuel. D'autre part, la performance physique et la qualité de vie ne se sont pas améliorées. Cette étude ouvre sur d'autres champs d'actions possibles au sein de services d'hospitalisations chez des adolescents et jeunes adultes. Il aurait été intéressant d'inclure des mesures concernant l'utilisation d'internet avec notamment l'accès aux différents réseaux sociaux en vogue de nos jours et de voir comment les adolescents et jeunes adultes s'en saisissent, et de croiser ces résultats avec l'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs.

Enfin, une étude portant sur les adolescents guéris du cancer étudie les modèles d'utilisation d'internet chez les adolescents et jeunes adultes qui fument (Nagler, Puleo, Sprunck-Harrild, & Emmons, 2012).

Les auteurs se sont demandé, à partir d'une base de données de jeunes guéris du cancer, quel pouvait être l'intérêt d'une intervention en ligne, auprès de cette population, pour arrêter de fumer. La majorité des participants avaient un accès en ligne. Les utilisateurs quotidiens étaient plus jeunes, plus instruits et majoritairement des garçons. De plus, le fait d'être identifié comme guéri récemment et d'avoir eu des informations sur la santé était associé au fait de se connecter plus facilement en ligne pour participer à cette intervention. Ces auteurs mettent en avant le besoin croissant de développer des interventions sur les comportements de santé et aussi de faire face à la fracture numérique qui crée un réel décalage dans l'accessibilité en ligne. Toutefois l'étude n'évoque pas l'intervention en tant que telle et son efficacité. L'idée initiale étant d'évaluer quel type de population chez les adultes guéris du cancer ils pouvaient atteindre. Les addictions comportementales font partie intégrante du DSM 5 (2013). Les critères diagnostiques rejoignent en partie ceux définissant les addictions aux substances. Les addictions comportementales se développent principalement au cours de l'adolescence.

Les troubles des conduites alimentaires ont largement été étudiés dans la population adolescente, mettant en avant les troubles qui y sont associés. L'apparition de ce trouble est multifactorielle et complexe compte tenu, de plus, de la période à laquelle il survient.

Par ailleurs, la dépendance à internet est un thème de recherche assez récent, qui intervient nous semble-t-il au sein de l'évolution des technologies. Aussi, les études à ce sujet soulignent l'omniprésence des écrans au sein des foyers et ce, sous plusieurs formes, telles que : les ordinateurs, la télévision, les tablettes et les téléphones portables. L'accès à internet est aujourd'hui facile et direct pour les jeunes, ce qui pourrait entraîner une augmentation des usages problématique d'internet dans les années à venir.

Au terme de cette partie concernant les consommations de substances et les addictions *dites* comportementales, nous nous sommes interrogés sur le terme le plus adéquat pour rassembler ces différents concepts tout au long de ce travail de thèse. Bien qu'il désigne un large champ de phénomènes cliniques, le terme « conduites à risque » nous paraît le mieux adapté, car, comme nous l'avons dit précédemment ce n'est pas le risque en tant que tel qui est l'objet principal. L'évaluation du risque va dépendre de l'intensité et de la répétition de l'acte (Varescon, 2005 ; Bonnet & Pedinielli, 2013). Par ailleurs, nous utiliserons les termes consommations et comportements problématiques quand nous souhaiterons préciser de quelle conduite il s'agit.

Deuxième partie

L'ajustement aux situations stressantes

Au cours de sa vie, l'individu est exposé à des situations plus ou moins stressantes face auxquelles il déploie un certain nombre de réactions. On parle ainsi, dans le domaine de la psychologie de la santé, de stratégies de coping pour désigner la manière de faire face (en anglais « *to cope* ») des individus face aux événements stressants. Les stratégies de coping diffèrent des mécanismes de défense inconscients par des mécanismes conscients. Dans cette partie, nous exposerons le modèle transactionnel du stress et du coping et nous détaillerons les différentes stratégies de coping reconnues dans la littérature. Dans un second temps nous développerons le concept de mécanisme de défense et tenterons de faire des ponts entre ceux-ci et le concept de coping. Enfin, dans le cadre de notre étude, nous aborderons la question des consommations et des conduites addictives en tant que possible stratégies de coping.

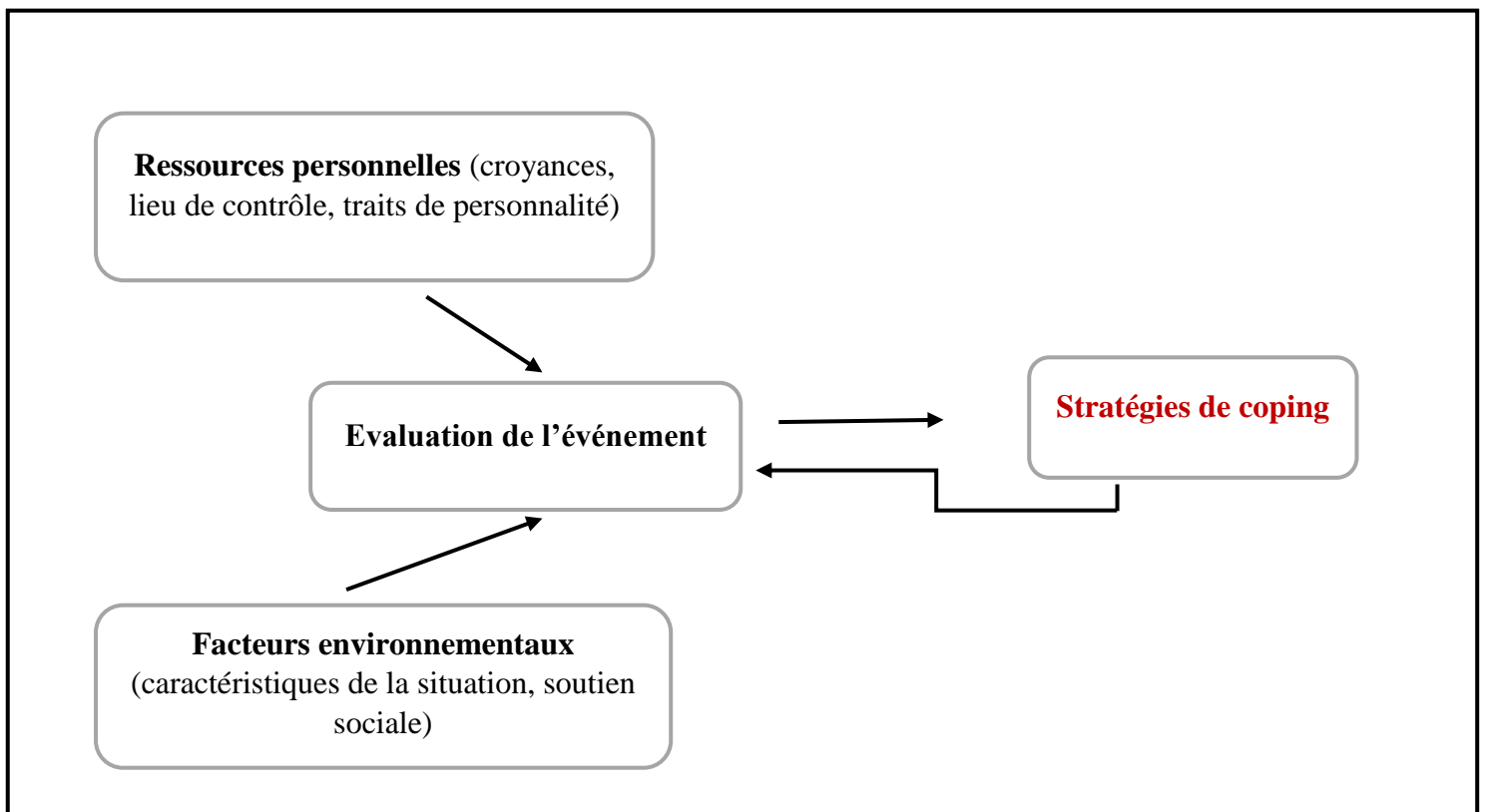
Chapitre 1 Les stratégies de coping

1. Définition générale

Le concept de coping est un concept assez récent qui est apparu pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus *Psychological Stress and Coping Process* (1966). Repris, en 1984, dans une approche transactionnelle, Lazarus et Folkman donnent la définition suivante du coping : « ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Paulhan, 1992). Une stratégie de coping est une opération consciente et donc volontaire dans le but de faire face à des problèmes actuels (Bruchon-Schweitzer, 2002).

L'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) souligne qu'une stratégie de coping est un processus changeant et qu'elle est le résultat d'une évaluation constante que fait un individu de son environnement. De ce fait, on ne peut considérer qu'une stratégie de coping est efficace ou non. Celle-ci dépendant de plusieurs facteurs comme les ressources personnelles perçues par l'individu lui-même ainsi que les facteurs environnementaux (Figure 2.)

Figure 2. Processus de coping (Paulhan, 1992)



Ainsi le processus dynamique du coping procède par une évaluation cognitive qui se déploie en deux temps. Le premier temps consiste en une *évaluation primaire* de la situation. Celle-ci inclut le stress perçu défini comme « *une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ses ressources et pouvant menacer son bien être* » (Lazarus et Folkman, 1984).

L'évaluation primaire correspond à l'évaluation de la situation stressante en elle-même. Il s'agit d'en connaître, entre autre, la nature, la durée, la gravité et les enjeux pour l'individu. En parallèle de l'évaluation primaire et du stress perçu, l'*évaluation secondaire* est également à l'œuvre. Celle-ci permet à l'individu d'évaluer ses ressources personnelles et sociales, afin de faire face à la situation. L'évaluation secondaire comprend alors le contrôle perçu et le soutien social perçu. Lazarus et Folkman ont défini le contrôle perçu comme la croyance à disposer de ressources suffisantes pour faire face à un événement. Le contrôle perçu pourrait être la réponse à la question : « que puis-je faire ? ». Tandis que le soutien social perçu pourrait être la réponse à la question : « sur qui puis-je compter ? ». Très simplement, le soutien social perçu correspond aux aides que l'individu peut recevoir d'autrui. Toutefois, de manière plus approfondie, le concept même de soutien social comprend trois notions différentes qui elles-mêmes se subdivisent en plusieurs facettes. La première notion, incluse dans le concept de soutien social, est le *réseau social*. Le réseau social correspond pour Barrera (1986) au « nombre de relations sociales qu'un individu a établies avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité de ces liens » (as cited in Bruchon-Schweitzer, 2002, p.329). Il ne s'agit pas tant de la quantité des relations mais surtout de la qualité de celles-ci. La seconde notion est le *soutien social reçu* qui se définit selon Winnubst et al. (1988) par l' « aide apportée à un individu par son entourage » (as cited in Bruchon-Schweitzer, 2002, p.330). La classification de House (1981) montre que le soutien social se comporte en plusieurs dimensions (as cited in Bruchon-Schweitzer, 2002, p.330). La première est le *soutien émotionnel* qui consiste en l'expression d'affects positifs à l'égard d'une personne. Ce qui contribue à apporter un sentiment de réconfort et de sécurité lors d'un événement difficile à traverser. La seconde dimension est le *soutien d'estime* qui consiste à soutenir un individu et à le rassurer concernant ses compétences et capacités. Le *soutien informatif* est la troisième dimension du soutien social reçu. Cette dimension fait référence aux connaissances et conseils apportés quant à un problème. Le soutien informatif peut venir de l'entourage proche de

l'individu ou bien d'un professionnel. Il est particulièrement souhaitable lors de choix professionnels ou d'un diagnostic médical par exemple.

Enfin, la dernière dimension est le soutien matériel qui consiste en une aide matérielle soit sous la forme de prêt d'argent, de services rendus ou de biens matériels.

Les différentes approches de soutien social reçu seront évaluées par l'individu comme plus ou moins adaptées à la situation qu'il traverse. Par exemple, il serait bienvenu qu'un soutien informatif soit transmis par un professionnel médical dans le contexte d'une maladie et qu'un soutien émotionnel soit apporté par un proche. L'évaluation d'une réaction adaptée d'un individu vis-à-vis de son entourage nous amène à la troisième composante du soutien social qui est le *soutien social perçu*. Procidano et Heller (1983) définissent le soutien social perçu comme « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits » (as cited in Bruchon-Schweitzer, 2002, p.333). Cette notion se subdivise en deux dimensions. La première est la *disponibilité*. Cette dimension désigne le fait de percevoir une aide susceptible de venir d'un certain nombre de personnes ; cette aide peut se manifester sous forme matérielle ou humaine (écoute, conseil). Enfin, la deuxième dimension est la *satisfaction*. La satisfaction serait la perception que l'individu a de ses relations interpersonnelles en termes de qualité. Ainsi, il peut exister un certain décalage entre ce que l'individu peut percevoir de l'aide qu'il reçoit dans la réalité, et ce qu'il ressent comme aidant au cours d'une situation difficile.

En d'autres termes, face à une situation stressante, chaque individu aura une réaction différente selon l'évaluation primaire et secondaire qu'il en fera. Il est également important de prendre en compte les éléments de personnalité et l'histoire de vie de chacun afin de mieux comprendre l'appréhension d'une même situation. Dans ce sens, Lazarus et Folkman ont recensé les caractéristiques personnelles ayant une influence sur la gestion d'un événement stressant. Dans un premier temps nous relevons les *croyances* qui comprennent la croyance en la capacité de contrôle interne ou externe (as cited in

Paulhan, 1992, p.549). Le contrôle interne correspond au fait qu'un individu attribue ce qu'il se passe à des causes internes. En d'autres termes, cela signifie que la personne établit un lien de cause à effet entre ses propres actions ou compétences et les événements qui surviennent. *A contrario*, le contrôle externe correspond au fait d'attribuer la cause de certains événements à des facteurs externes tels que la chance, le destin ou le hasard. L'*endurance* est une autre caractéristique personnelle permettant, pour chaque individu, d'évaluer la situation stressante.

Pour Kobasa, Maddi, et Puccetti (1982), l'endurance (*hardiness* en anglais) est la tendance pour un individu à être résistant aux exigences de l'environnement (as cited in Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Paulhan, 1992). Cette notion comprend trois caractéristiques : la première est le contrôle qui consiste, comme vu précédemment, en la croyance de l'influence du sujet sur les événements. La seconde est l'implication qui consiste en l'engagement dans diverses activités. Enfin la dernière est le défi qui consiste à regarder les changements comme des faits positifs, des opportunités afin de progresser, et non comme une menace. Et selon les données actuelles retrouvées dans la littérature, les sujets plus endurants se montreraient plus enclins à supporter les facteurs de stress (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Paulhan, 1992). Ainsi, l'évaluation primaire et secondaire ainsi que les caractéristiques personnelles propre à chacun dans la gestion d'une situation stressante, permettent le déploiement d'un certain nombre de stratégies de coping que nous allons décrire ci-après.

2. Les différentes stratégies de coping

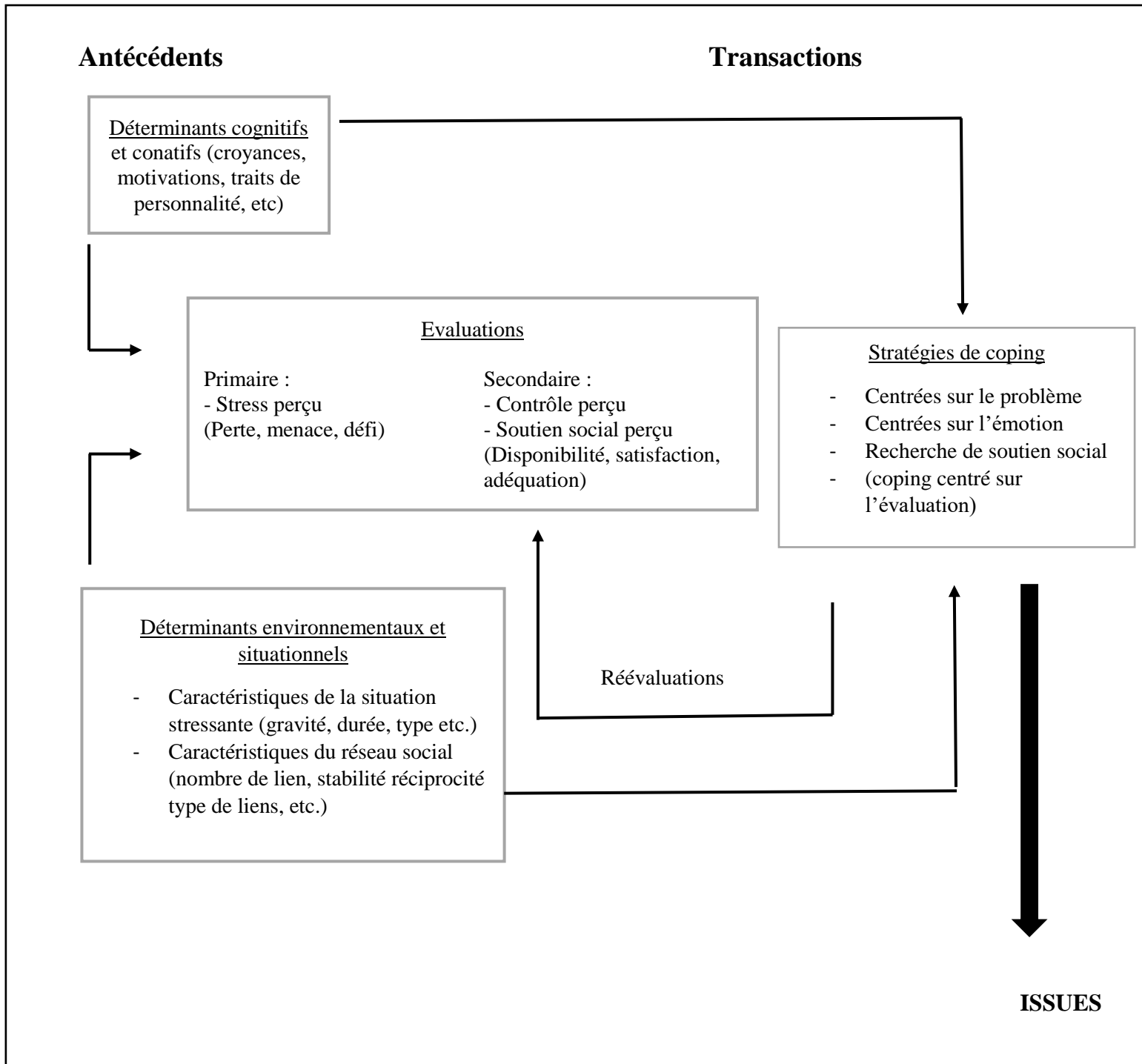
Lazarus et Folkman (1984) ont défini deux grandes stratégies de coping générales, d'après la passation d'une échelle à 67 items, la *Ways of Coping Checklist*, à un échantillon de cent personnes. La première grande classe de stratégies de coping est le *coping centré sur l'émotion* qui consiste en la régulation des émotions induites par la situation et le maintien d'un équilibre émotionnel (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Ogden & Desrichard, 2008). Le coping centré sur l'émotion comprend plusieurs stratégies de coping selon Lazarus et Folkman : la minimisation de la situation ; la réévaluation

positive ; l'auto-accusation ; l'évitement/fuite ; la recherche de soutien émotionnel (as cited in Bruchon-Schweitzer, 2002, p.359). Moos et Schaefer (1984) ont également décrit le coping centré sur l'émotion incluant des stratégies telles que l'aspect affectif, l'expression émotionnelle (ventilation des sentiments et/ou émotions), et l'acceptation résignée (as cited in Ogden & Desrichard, 2008, p.67). La seconde grande classe de stratégies de coping est le coping *centré sur le problème* qui consiste à se confronter au problème afin de réduire les exigences de la situation. Le coping centré sur le problème comprend différentes stratégies de coping telles que : la résolution du problème qui consiste en une recherche d'informations, une élaboration de plans d'action, et l'affrontement de la situation (actions directe pour contrôler le problème). Moos et Schaefer (1984) ont rajouté la stratégie de gratification qui consiste par exemple à planifier certaines actions en vue d'une satisfaction. Les auteurs désignent le *coping centré sur l'évaluation* comme une troisième catégorie de coping, pris notamment dans un contexte de maladie somatique. Ainsi, selon ces auteurs, le coping centré sur l'évaluation souligne la quête de sens et de compréhension de la maladie. Ce style de coping comprendrait d'une part une analyse logique et une certaine anticipation des événements stressants afin de les reconsidérer pour qu'ils soient plus supportables. Et d'autre part une redéfinition cognitive qui consisterait à accepter la réalité de la situation et à la reconsidérer comme un événement positif. Enfin, l'évitement cognitif serait également une stratégie d'évaluation. Elle consisterait dans le fait de minimiser, par exemple, la gravité de la maladie (as cited in Ogden & Desrichard, 2008).

Enfin, la recherche de soutien social pourrait être vue comme une autre stratégie de coping. Il s'agirait ici des efforts et actions mis en place afin d'obtenir de la part d'autrui une certaine sympathie. Il ne s'agit pas ici de la perception du soutien social, mais d'une réelle activité de la part de l'individu afin de trouver une aide matérielle ou humaine. Et c'est en cela qu'il s'agit bien d'une stratégie de coping.

La figure ci-après résume l'aspect processuel, des stratégies de coping, convoqué dans l'approche transactionnelle.

Figure 3. Les stratégies de coping, aspects processuels et déterminants (Bruchon-Schweitzer, 2002)



Depuis plusieurs années, certains auteurs se sont intéressés à étudier les relations qui pourraient exister entre les stratégies de coping et les mécanismes de défense. Historiquement, en effet, les stratégies de coping s'inscrivent dans la définition des mécanismes de défense élaborée à la fin du 19^{ème} siècle par Freud qui les définit comme « la lutte du moi contre les idées et affects intolérables ». On parle de dérivé conscient des mécanismes de défense pour définir les stratégies de coping. Les mécanismes de défense et les stratégies de coping ont des définitions qui se veulent différentes mais elles participent d'un seul et même but pour l'individu, celui de s'adapter.

Chapitre 2 Les mécanismes de défense

1. Définition générale

Laplanche et Pontalis (2009) définissent les *mécanismes de défense* comme les « différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense ». Aussi, ils définissent la *défense* comme un « ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer, toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique [...]. La défense prend souvent une allure compulsive et opère au moins partiellement de façon inconsciente ». Beaucoup plus tard, Vaillant (2012) définissait les mécanismes de défense comme « des styles affectifs et cognitifs très complexes que le cerveau utilise pour modifier les réalités conflictuelles internes et externes ».

Nous retiendrons ici, la classification de Kernberg (1976) concernant les mécanismes de défense (as cited in Callahan & Chabrol, 2016, p.18). Le premier niveau est celui des *défenses matures* – relevant d'un niveau élevé d'adaptation. Ce premier niveau comprend les mécanismes suivants : la répression, l'anticipation, l'altruisme, l'humour et la sublimation. Ce type de défense assure une adaptation optimale face aux facteurs de stress. Le second niveau correspond au niveau des *inhibitions mentales et formations de compromis* ou encore défenses névrotiques. Les mécanismes en jeu à ce niveau mettent à distance de la conscience les aspects conflictuels. Ceux-ci déforment quelque peu la réalité interne sans modifier la réalité externe. On y retrouve : le refoulement, la formation réactionnelle, la projection, le déplacement, l'isolation de l'affect et l'intellectualisation. Et enfin, le dernier niveau correspond aux *mécanismes de défenses immatures* – défenses distordant l'image. Ces mécanismes peuvent à un certain niveau altérer l'expérience de la réalité. Les mécanismes suivants y sont regroupés : le clivage, l'idéalisation primitive, la dévaluation, l'identification projective, le contrôle omnipotent et le déni primitif. A ce niveau, bien que la plupart de ces mécanismes soient associés à des personnalités de type limites ou des états psychotiques, il existe toutefois un usage qui peut être

considéré comme adaptatif si celui-ci est léger à modéré et courte durée. En outre, il s'agit pour chacun des mécanismes de défense de bien resituer l'individu à la fois dans son fonctionnement global et le contexte dans lequel les mécanismes se mettent en place.

Certains mécanismes de défense ont été mis en parallèle avec les stratégies de coping. Notamment, les mécanismes à l'œuvre au sein des défenses matures qui correspondraient à des processus de coping fonctionnels.

2. Stratégies de coping et mécanismes de défense : un chevauchement possible ?

Certains auteurs soulignent l'existence d'un continuum entre les mécanismes de défense et les stratégies de coping. Les mécanismes de défense et les stratégies de coping s'adressent aux conflits internes et aux menaces externes. Or, pendant de nombreuses années, une distinction a été faite, à savoir que les mécanismes de défense seraient davantage orientés vers les conflits internes alors que les stratégies de coping répondraient aux menaces extérieures.

Ainsi, les conceptions classiques définissent les mécanismes de défense comme rigides, inconscients, indifférenciés, liés à des conflits intrapsychiques et à des événements anciens et ainsi, distordent la réalité. Leur fonction serait de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. Alors que les stratégies de coping seraient plus flexibles, conscients, différenciés – c'est-à-dire spécifiques à un problème qui se pose dans la relation entre l'individu et son environnement – orientés vers la réalité à la fois interne et externe. Leur fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les désagréments induits par l'événement menaçant. Aussi, les stratégies de coping se distinguent des mécanismes de défense de par leur nature consciente et volontaire pour faire face à des problèmes actuels. Il s'agirait alors d'un état lié à une situation précise alors que les mécanismes de défense seraient considérés comme relevant des traits de personnalité. (Bruchon Schweitzer, 2002 ; Callahan & Chabrol, 2016). Cette dichotomie conserve toutefois quelques limites et une vision plus intégrative apparaît avec, dans un premier temps une conceptualisation plus classique à travers laquelle Vaillant (2000) considérait

que les mécanismes de défense se mettaient en place une fois que les stratégies de coping étaient dépassées. Autrement dit, que les stratégies de coping précédaient les mécanismes de défense. La conception plus moderne de Callahan & Chabrol (2016) considère, au contraire, que ce sont les mécanismes de défense qui précèdent la mise en place de stratégies de coping. Dans cette conceptualisation, les mécanismes de défense s'activeraient automatiquement et les stratégies de coping interviendraient pour compléter les mécanismes de défenses et sur ce qu'il reste de menaçant. Les mécanismes de défense peuvent à la fois faciliter ou entraver la réalisation des stratégies de coping ; en d'autres termes, les mécanismes de défense et les stratégies de coping interagissent dans leur fonctionnement.

Ces approches s'inscrivent dans un courant intégratif soulignant que les mécanismes de défense et les stratégies de coping peuvent à la fois se succéder et s'associer. De la même manière que les stratégies de coping employées, certains mécanismes de défenses sont fonctionnels ou dysfonctionnels.

Des études empiriques ont tenté de mettre à l'épreuve les théories à propos des liens entre les mécanismes de défense et les stratégies de coping.

3. Les stratégies de coping et les mécanismes de défense mis à l'épreuve dans une population d'adolescents et de jeunes adultes

Les études que nous avons relevées portent toutes sur une population d'adolescents et de jeunes adultes, ce qui nous semble pertinent pour le sujet de notre recherche. L'ensemble des recherches portant sur le sujet soulignent que les mécanismes de défense, tout comme les stratégies de coping, peuvent aussi bien être fonctionnels que dysfonctionnels. Des correspondances ont été faites entre les mécanismes de défenses et les stratégies de coping. Toutefois, les liens trouvés restent modérés voire faibles. Aussi, Gouvernet, Mouchard, et Combaluzier (2015) ont montré dans un échantillon de jeunes adultes étudiant à l'Université, qu'il existe un lien significatif entre les défenses immatures et le coping centré sur les émotions. Par ailleurs, les auteurs ont mis en évidence que les styles défensifs névrotiques

et immatures, comme le coping centré sur les émotions et le coping évitant, sont positivement corrélés avec la détresse perçue. Aussi, un autre résultat montre que le style défensif mature et le coping centré sur le problème sont positivement corrélés avec le contrôle perçu de la situation. Dans ce sens il semblerait que les défenses matures favoriseraient une mobilisation des stratégies de coping centrées sur le problème, tandis que les stratégies de coping de type émotionnel viendraient renforcer des défenses plus archaïques. L'étude bien antérieure de Erickson, Feldman, et Steiner (1997), avait également souligné des résultats similaires.

Toujours au sein d'une population d'adolescents, la littérature montre dans l'ensemble que les défenses immatures sont positivement corrélées avec le coping évitant et négativement corrélées avec le coping actif. Ces stratégies sont davantage utilisées par les garçons que par les filles et cette différence s'avère significative. Ces résultats concernant les émotions en lien avec une certaine typologie de défense, évoquent le modèle intégratif de Plutchik (1995), qui postule que chaque mécanisme de défense et chaque modalité de stratégies de coping seraient des dérivés des émotions de base (peur, joie, tristesse, colère, dégoût, surprise). Plutchik distingue ces deux processus mais retrouve des correspondances claires entre les mécanismes de défense et les stratégies de coping. Ainsi, chaque paire correspondante de mécanismes de défense et de stratégies de coping se serait développer ensemble afin de faire face à une émotion spécifique selon Plutchik (as cited in Kramer, 2010). Ce modèle n'est toutefois pas validé sur le plan empirique mais peut donner des pistes de réflexion et un éclairage sur les correspondances entre les mécanismes de défense et les stratégies de coping. De la même manière Haan (1969) développa un modèle tripartite du fonctionnement du Moi comprenant : un fonctionnement optimal défini par les stratégies adaptatives, un fonctionnement non-optimal défini par les mécanismes de défense, ainsi qu'une défaillance du Moi. Pour Haan, il n'existe aucun chevauchement entre les mécanismes de défense et les stratégies de coping. D'autres études ont toutefois nuancé ce postulat. Grebot et al. (2006) ont fait l'hypothèse d'une continuité entre les mécanismes de défense et les stratégies de coping. Leur étude porte sur une population exclusivement d'étudiantes. Les résultats

sont donc à prendre avec précaution. Ceux-ci montrent qu'il existe une corrélation positive entre le coping adaptatif et les défenses matures ainsi qu'entre le coping inadapté et les défenses immatures. Au vu de ces résultats, il nous semble important d'insister sur l'aspect adaptatif ou non adaptatif de chaque processus ; notamment en réintroduisant les notions de contexte, d'individu et d'environnement qui viennent orienter le choix inconscient ou conscient d'un mode d'ajustement. Enfin, Grebot et Paty (2010) ont testé la stabilité et la variabilité des dérivés conscients des mécanismes de défense à l'aide du questionnaire de Bond (*Defense Style Questionnaire-40*, 1986) dans deux situations différemment anxiogènes chez des étudiants en première année de psychologie. Les dérivés conscients des mécanismes de défense sont considérés comme des transactions pouvant être intégrées dans des modèles plus intégratifs.

La première passation était réalisée au mois de novembre hors période d'examens alors que la deuxième passation s'est déroulée le premier jour des examens quelques mois plus tard. *L'anxiété Trait et Etat* étaient également évaluées. Les résultats montrent dans l'ensemble que le niveau d'anxiété Etat était significativement plus élevé à la seconde session alors que le score Trait restait inchangé. Les scores aux styles de défenses matures et névrotiques augmentaient significativement à la seconde passation tandis que le score moyen au style immature diminuait. En outre, la majorité des dérivés conscients variaient entre les deux passations. Trois mécanismes restaient stables : la sublimation, l'altruisme et le déplacement ; six augmentaient : humour, l'anticipation, la formation réactionnelle, l'agression passive, l'*acting out* et la rêverie alors que onze diminuaient : la projection, l'isolation, la dévalorisation, le déni, la dissociation, le clivage, la rationalisation, la somatisation, la répression et l'idéalisation. Ces résultats soulignent bien l'existence d'une instabilité des dérivés conscients des mécanismes de défense. Nous rejoignons le postulat de Bond qui suggère de considérer les défenses comme « un phénomène dépendant des états, même si certains aspects de traits se reflètent encore chez les patients » et ainsi de considérer ces mécanismes comme une variable transactionnelle dans la relation individu-environnement.

Les individus plus jeunes utiliseraient, selon la littérature, des mécanismes de défense plutôt immatures ainsi que des défenses névrotiques. Les défenses immatures sont à l'œuvre dans le développement de la maturation à l'adolescence (Marcelli & Braconnier, 2013). Aussi, le clivage, l'intellectualisation et la mise en acte (passage à l'acte) sont les mécanismes, entre autres, à l'œuvre au cours de la période adolescente, comme nous avons pu le voir dans la partie consacrée à l'adolescence. L'intellectualisation s'inscrit dans les défenses dites névrotiques, qui se définissent par des défenses maintenant à distance, hors de la conscience, des idées, sentiments ou désirs qui pourraient se révéler potentiellement menaçants pour l'individu.

Aussi, l'intellectualisation se définit par un « [...] usage excessif de la pensée abstraite, pour éviter de ressentir des sentiments dérangeants ». Dans ce cas-là, l'individu parle de son vécu en des termes assez généraux et sans affects particuliers. Le passage à l'acte ainsi que le clivage font parties des défenses immatures et s'inscrivent respectivement au niveau de l'agir et au niveau de la distorsion majeure de l'image. De manière générale, les mécanismes immatures peuvent altérer l'épreuve de la réalité. Une utilisation modérée de ces derniers, est considérée comme adaptée dans certaines situations stressantes. En faisant usage du clivage, l'individu considère autrui ou lui-même comme bon ou mauvais ne pouvant pas intégrer certaines nuances dans l'appréciation des qualités et des défauts. Le clivage s'observe cliniquement comme le passage assez brusque d'une idée à l'autre, d'un sentiment à un autre. Enfin, la mise en acte ou passage à l'acte (*acting out* en anglais) est liée à des conflits émotionnels. Ils se définissent ainsi par un comportement non maîtrisé, plutôt que par l'expression verbale de sentiments, souhaits, désirs, etc. A l'adolescence, le passage à l'acte peut être mis en parallèle de la recherche de sensation (Callahan & Chabrol, 2016 ; Marcelli & Braconnier, 2013 ; Perry, Guelfi, & Perry, 2009).

Chapitre 3 Stratégies de coping et conduites addictives à l'adolescence

Plusieurs auteurs se sont intéressés à évaluer les stratégies de coping utilisées par les adolescents. De manière assez systématique les études portant sur cette question introduisent celle-ci en insistant sur le fait que la période de l'adolescence est un moment particulier où d'emblée des facteurs de stress s'imposent, tels que : les changements physiques dus au développement pubertaire, l'autonomie et la construction de l'identité. De plus, l'ensemble des études montre une variété des stratégies de coping utilisées par les adolescents avec notamment une flexibilité de celles-ci suivant les situations rencontrées. Une étude s'est intéressée à examiner les composantes développementales susceptibles de contribuer aux capacités d'adaptation chez les adolescents (n=535) âgés de 11 à 15 ans (Thomsen & Greve, 2013). L'adaptation des adolescents était significativement liée aux compétences cognitives (pensées divergentes, imagination et pensées abstraites), aux variables parentales (adaptation des parents et relation mère-enfants) et au fait de pardonner facilement aux autres. Cet ensemble de variables prédisait également l'adaptation des jeunes. Les stratégies de coping ont également été évaluées selon les niveaux de symptômes anxieux et dépressifs ainsi que selon le genre chez les adolescents (n=982) (Herres, 2015). Dans l'ensemble, les adolescents étaient plus susceptibles de chercher un soutien émotionnel et instrumental. Aussi, les filles déclaraient utiliser dans l'ensemble une gamme plus vaste de stratégies de coping en comparaison aux garçons dans la mesure où elles traverseraient davantage d'événements stressants. Les filles ont ainsi déclaré des scores moyens et significativement plus élevés que les garçons aux échelles suivantes : recherche de soutien émotionnel et instrumental, coping actif (coping centré sur le problème), coping religieux et la ventilation émotionnelle (*venting*). Enfin, les adolescents utilisant la recherche de soutien social et les stratégies orientées vers la solution étaient plus susceptibles de présenter davantage de symptômes anxieux. Toutefois, d'autres auteurs ont montré que le style de coping actif était un facteur de protection contre la dépression (Rodríguez-Naranjo & Caño, 2016).

Enfin, dans la population adolescente, il a été montré que les stratégies d'évitement et de répression des émotions étaient des facteurs de risque de difficultés d'adaptation émotionnelle et comportementale (Flouri & Mavroveli, 2013).

Concernant les consommations de substances, deux études ont montré que les adolescents consommant du cannabis (population de patient étudiée) présentent une moins bonne estime de soi que les adolescents tout-venants et utilisent davantage un coping centré sur les émotions. Enfin, les scores de satisfaction de soutien social (disponibilité perçue et satisfaction) sont significativement plus faibles chez les patients. Il existerait également chez les adolescents dans la population clinique, un déficit des ressources personnelles ainsi que dans la perception subjective des ressources environnementales (Dorard, Bungener, Corcos, & Berthoz, 2014). Aussi, les mêmes auteurs ont montré que l'estime de soi et le soutien social perçu jouent un rôle important dans le fonctionnement d'un individu ; ils peuvent être considérés comme des facteurs de protection. Ainsi, une faible estime de soi affecterait la capacité à s'adapter. Les auteurs ont également souligné comme la consommation de substances représente le développement d'une stratégie de coping inefficace pour faire face au stress. Toutefois, les auteurs ont mis en avant trois fonctions des stratégies de coping liées à l'usage de substances psychoactives. Il s'agit de la régulation émotionnelle (réduire les affects négatifs et augmenter les affects positifs), la distraction (attention portée provisoirement sur autre chose) et enfin la stimulation, c'est-à-dire le fait de doper les performances d'un individu. Enfin, le coping évitant était significativement associé à une escalade de l'usage de cannabis. Par ailleurs, une étude longitudinale a révélé chez des adolescents âgés de 14 ans, que ceux présentant une symptomatologie anxieuse élevée sont 1,8 fois plus à risque de présenter des problèmes liés à la consommation de substance deux ans plus tard. Aussi, de façon générale, les résultats montrent que l'anxiété prédit des problèmes de consommations ultérieurs et que les adolescents présentant des symptômes anxieux consommeraient selon un mécanisme d'automédication (Fallu, Charron, Brière, & Janosz, 2012).

Ces résultats vont également dans le sens d'une étude plus ancienne, montrant que les troubles anxieux généralisés, ainsi que d'autres troubles psychiatriques associés (syndrome de stress post-traumatique, personnalité antisociale, TDAH), prédisaient des problématiques d'alcoolisme et de toxicomanie, chez les jeunes individus âgés de 18 à 23 ans (Lopez, Turner, & Saavedra, 2005). Concernant la théorie de l'automédication, celle-ci s'applique pour comprendre les individus qui ont recours aux substances psychoactives afin d'atténuer les affects négatifs (Gualano et al., 2015 ; Khantzian, 1997).

Les études portant sur les stratégies de coping utilisées par les adolescents dans la population générale mettent en avant que les jeunes cherchent à être étayés à la fois sur le plan pratique (conseil, informations) et également sur le plan émotionnel (soutien moral). La littérature établit des liens entre les stratégies de coping et la présence de symptomatologie anxio-dépressive. Les auteurs soulignent ainsi que la recherche de soutien social et la recherche de solution sont en lien avec une symptomatologie anxieuse alors que le coping actif, pour d'autres, serait un facteur de protection contre une symptomatologie dépressive. Enfin, les stratégies d'évitement seraient en lien avec une difficulté d'adaptation émotionnelle.

Concernant les conduites addictives liées aux stratégies de coping dans la population adolescente, les auteurs soulignent que l'absence de soutien social perçue ainsi que les stratégies de coping centrées sur les émotions sont liées à la consommation de cannabis. Enfin, les auteurs soulignent que l'utilisation de consommation est une stratégie inefficace contre le stress ; cela s'explique par le fait que l'utilisation en elle-même d'une substance peut être un facteur de stress par son indisponibilité, par exemple.

Les études portant sur ces questions ont été réalisées auprès de la population générale, bien souvent représentée par des étudiants. Nous allons par la suite entrer dans le cœur de notre sujet en abordant plus précisément la question des adolescents et des jeunes adultes dans le milieu somatique.

Troisième partie

Adolescence et maladie somatique

Chapitre 1 L'adolescent malade

1. La maladie chronique

L'adolescent malade a fait l'objet de nombreuses études cliniques et empiriques. Dans un premier temps, nous distinguons les adolescents malades dont la maladie s'est déclarée durant la petite enfance, et les adolescents malades déclarant une maladie somatique à la puberté. Quand la maladie apparaît durant la petite enfance, celle-ci s'inscrit dans la construction de l'enfant, de sa personnalité, et elle peut avoir des conséquences notamment sur les modes d'interaction avec ses parents. Les modes d'interaction sont souvent teintés d'angoisse et de culpabilité. Aussi, dans ce contexte, certains parents vont vouloir surprotéger leur enfant en le maintenant dans des mécanismes infantiles, empêchant la réalisation de certains processus lorsque l'enfant approche de l'adolescence, tels que la difficulté de mettre en place des réalisations de l'Idéal du Moi, c'est-à-dire avoir des projets ambitieux mais réalisables par ses propres moyens, la difficulté de résolution du complexe d'Œdipe dans la mesure où la place de parents et celle de l'enfant sont moins distinctes et où l'enfant ne peut parvenir à intégrer la séparation à l'œuvre à cette période-là. A l'extrême, certains parents auront à cœur de ne jamais frustrer leur enfant face à la maladie chronique. Les enfants sont ainsi libres de faire ce qu'ils veulent, sans qu'aucune limite ne soit imposée. Dans les deux cas, la maladie et les aménagements qui en découlent bloquent d'une certaine manière les processus adolescents. On parlera alors d'« adolescence blanche » (Jousselme, 2013). Quand la maladie apparaît au moment de la puberté, elle vient faire effraction dans le processus pubertaire en cours. La maladie et ses conséquences physiques et psychiques viennent se heurter aux processus adolescents en cours, et trahissent un corps en cours de changement, interférant dans le développement pubertaire et entravant en cela l'accès à la sexualité.

De plus, l'adolescent est bridé dans son autonomisation et dans la découverte du monde à travers les différentes expérimentations à l'œuvre à cet âge. Deux modalités sont possibles : soit la maladie bloque les processus en cours, tels que l'autonomisation et la séparation, et contraint l'adolescent à rester dans des positions infantiles ; elle devient alors centrale et sollicite à l'extrême les capacités d'adaptation du jeune patient. On observe parfois dans ce cas une observance parfaite qui peut s'avérer dangereuse devant l'échec thérapeutique ou l'aggravation de la maladie. Soit la maladie génère chez l'adolescent des troubles du comportement, des conduites à risque et des conduites à valeur ordalique telles que jouer avec le destin (en n'étant pas compliant au traitement par exemple). La maladie est dans ce cas rejetée. Devant ces deux cas extrêmes, nous noterons quand même qu'il existe très fréquemment des cas où la prise en charge de l'adolescent atteint de maladie chronique se passe bien. La prise en charge est alors partagée et discutée avec le jeune patient, le médecin et les parents. Il s'agit pour l'ensemble des soignants à la fois de se montrer attentifs, tolérants devant les mouvements adolescents, et de permettre une certaine souplesse dans les décisions médicales (on parlera ici de négociation) (Graindorge, 2005 ; Jousset, 2013, 2014 ; Lemerle-Gruson & Méro, 2010). L'atteinte corporelle de la maladie et les contraintes thérapeutiques qui en découlent viennent à l'encontre des besoins d'expérimentation et d'émancipation nécessaires à la construction identitaire adolescente. De plus, les transformations corporelles peuvent freiner l'accès au groupe de pairs. Les blessures corporelles peuvent être primaires, c'est-à-dire que les lésions sont la conséquence directe de la maladie, telles que la douleur ou les déformations, ou secondaires. Les blessures secondaires sont le plus souvent dues aux effets iatrogènes, tels que l'alopecie, les nausées et vomissements (Jousset, 2013). Par ailleurs, certaines maladies et certains traitements ont des conséquences sur le développement pubertaire - par exemple, les conséquences de l'arthrite chronique, de la mucoviscidose, ou la prise de corticoïde prolongée, sur une petite taille à l'âge adulte. Il s'agit alors pour l'adolescent, et ses parents, de s'adapter à cette nouvelle situation.

On observe alors des réactions diverses, avec la présence parfois de déni, avec un net rejet de la maladie et de la prise en charge médicale, une symptomatologie dépressive, de la banalisation, une certaine culpabilité, de l'intellectualisation et de l'acceptation. On notera que ce sont des mouvements déjà présents dans le développement dit « normal » de l'adolescent. L'acceptation de la maladie dépendra notamment de la période où celle-ci apparaît, si le diagnostic est posé en anténatal, durant l'enfance ou dans l'adolescence. L'adhésion au traitement ne sera en effet pas la même. Quand la maladie s'installe durant l'enfance, l'adhésion au traitement dépend essentiellement des parents. A l'adolescence, celle-ci dépend à la fois de l'environnement de l'adolescent, de l'adolescent lui-même, et également des équipes soignantes qui entourent le jeune patient (Bovin, Gignon, Mille, & Boudailliez, 2016 ; Lemerle-Gruson & Méro, 2010). En effet, les soignants et le médecin référent ont un rôle majeur auprès de l'adolescent, en termes de communication et de confiance. La non-observance ou défaut de compliance est un problème majeur dans la prise en charge des adolescents atteints de maladies somatiques, chroniques. L'observance thérapeutique se définit par le « degré d'adéquation entre une prescription médicale et sa réalisation par le patient » (Jacquin & Levine, 2008).

Rianthavorn et Ettenger (2005) ont défini trois types de sujets non compliant. La première catégorie correspond aux « accidentels » ; ce sont les personnes oubliant leur traitement de manière non attentionnée. La deuxième catégorie définit les « invulnérables » qui partent du principe qu'ils peuvent ne pas prendre leur traitement de manière régulière car cela n'aura pas de conséquence sur leur état de santé. Et enfin, la dernière catégorie représente les « décidés » ou « volontaires ». Ce sont les individus qui ne prennent pas leur traitement en toute connaissance de cause. Le manque d'observance thérapeutique peut avoir des conséquences graves, comme par exemple : la non prise de traitement après une greffe d'organe pour éviter le rejet de greffe ; ne pas prendre l'insuline dans le cadre d'un diabète, ou encore ne pas venir régulièrement faire le traitement chimio thérapeutique dans le cadre d'une maladie cancéreuse.

L'observance au traitement dépend parfois du degré de gravité de la maladie et l'engagement à plus ou moins long terme du pronostic vital. Aussi, les jeunes patients malades envisagent parfois assez brutalement leur propre mort et s'interroge sur l'intérêt de suivre un traitement alors que l'issue reste fatale. Il s'agit ici, pour l'ensemble de l'équipe soignante, de placer au cœur de la prise en charge médicale le patient, et ainsi de privilégier un dialogue et une collaboration afin de préserver à la fois une certaine qualité de vie et une bonne observance thérapeutique.

2. Stratégies d'ajustement face à la maladie chronique à l'adolescence

Quelques études se sont intéressées à explorer la manière dont les adolescents faisaient face à la maladie chronique. La première étude que nous avons recensée porte sur une population d'adolescents atteints d'Arthrite Juvénile Idiopathique (AJI) (Garnefski, Koopman, Kraaij, & ten Cate, 2009). Cette étude met en avant que la rumination et le catastrophisme sont des prédicteurs de désajustement psychologique chez les adolescents atteints d'AJI, et sont donc considérés comme des stratégies inadaptées. Enfin, l'auteur souligne le fait que le coping centré sur l'émotion est corrélé avec le score total des difficultés d'internalisations, telles que : la dépression et l'anxiété. Dans ce sens, Kraaij et Garnefski (2012) ont évalué les facteurs d'adaptation psychologique chez des adolescents atteints de maladies chroniques, telles que : l'asthme, le diabète, et les rhumatismes, en rapport avec la symptomatologie dépressive. Les résultats de cette étude montrent notamment que certains styles de coping cognitifs sont corrélés avec la symptomatologie dépressive. Nous trouvons aussi, que l'auto-accusation, le blâme, les ruminations, le catastrophisme ainsi que le déni sont positivement corrélés avec la dépression ; la restructuration cognitive ainsi que la mise en perspective sont par ailleurs négativement corrélés avec la dépression. D'autre part, le coping actif ainsi que la recherche de soutien émotionnel sont positivement corrélés avec la dépression alors que le désengagement et le réengagement sont négativement corrélés avec la dépression.

Enfin, une revue de la littérature, plus récente, fait état de la question de l'espoir chez les adolescents atteints de maladie chronique (Griggs & Walker, 2016). Après avoir recensé 27 études quantitatives et 9 études qualitatives, 7 thèmes ont émergé dans la littérature portant sur le rôle de l'espoir dans la maladie chronique. Celui-ci favoriserait la santé, faciliterait l'ajustement, améliorerait la qualité de vie, et serait essentiel dans la spiritualité et dans les objectifs que l'on se donne dans la vie. L'espoir améliorerait l'estime de soi et serait un facteur important dans la résilience. Et enfin, il affecterait la maturation. De manière plus synthétique, la littérature sur l'espoir met en avant que les personnes avec de l'espoir, sont plus en mesure de résister aux obstacles, de voir les échecs comme des challenges et gèrent mieux les mouvements anxio-dépressifs. Ainsi, le rôle de l'espoir est un prédicteur d'adhésion aux soins dans un large panel de maladies chroniques (Rittenberg, 1995).

Chapitre 2 L'adolescent atteint de cancer

1. Les caractéristiques du cancer chez les adolescents et les jeunes adultes

La population des adolescents et des jeunes adultes (15-25 ans) atteints de cancer représente environ 1700 nouveaux cas par an, en France (Desandes, 2013 ; Grèze, Chambon, Isfan, Pereira, & Kanold, 2015). Le cancer est, en France, la troisième cause de mortalité chez les 15-25 ans, après les accidents et les suicides (Grèze et al., 2015 ; Laurence, 2009). Les cancers les plus fréquents pour la population des 15-19 ans sont : les leucémies (cancer des cellules de la moelle osseuse, couramment appelé « cancer du sang »), les tumeurs du système nerveux central, les lymphomes (cancer du système lymphatique) et les carcinomes et tumeurs épithéliales (cancer développé à partir d'un tissu épithélial comme la peau ou la muqueuse). Pour la population des 20-24 ans, les cancers les plus représentés sont : les carcinomes et tumeurs épithéliales, les lymphomes et les tumeurs germinales (tumeurs issues de la transformation de cellules primitives, majoritairement localisés aux organes génitaux) (Laurence, 2009 ; Dossier presse Institut National du cancer, 2010). Ces différentes pathologies, spécifiques à la population des adolescents et des jeunes adultes, sont traitées par différents protocoles de soins qui bouleversent globalement l'individu.

1.1 Traitements et effets secondaires sur le corps

Les protocoles de soin proposés aux adolescents et jeunes adultes entraînent des bouleversements à la fois sur le plan psychologique et physique.

Dans cette partie nous développerons principalement l'impact physique généré par les chimiothérapies, radiothérapie et parfois des chirurgies mutilantes. On retrouve dans les effets secondaires des traitements contre le cancer une alopecie (perte graduelle des cheveux et des poils), des modifications de poids, allant de la prise de poids à la perte de poids (pouvant parfois atteindre ce que l'on nomme la cachexie qui est un affaiblissement profond de l'organisme lié à une dénutrition

importante, comme vu précédemment). Les variations de poids vont de pair avec l'apparition de nausées et de vomissements qui eux-mêmes peuvent être entraînés par une modification du goût. D'autre part, les traitements contre le cancer et notamment la chimiothérapie entraîne des périodes d'aplasie fébrile qui correspond à la baisse de granulocytes neutrophiles dans le sang (globules blancs) et à l'apparition de fièvre. Le risque en période d'aplasie est de développer des infections devant l'affaiblissement de l'organisme. Durant ces périodes, les jeunes patients relèvent d'une surveillance particulière et bien souvent sont hospitalisés (Pacquement & Laurence, 2009 ; Penel-Page et al., 2015). Le vécu des effets secondaires chez les jeunes atteints de cancer a fait l'objet de quelques études. Certains auteurs se sont intéressés aux conséquences des effets secondaires des traitements contre le cancer sur le processus de sexuation de l'adolescent (Marioni, Brugières, & Dauchy, 2009).

Ces mêmes auteurs parlent alors du corps sexué, affecté par la maladie et les traitements. Aussi, devant les effets secondaires induits par les traitements contre le cancer, les jeunes patients peuvent percevoir un certain « retour en arrière » avec l'effacement de caractéristiques propres au développement pubertaire (aménorrhée, alopecie, cachexie). Cette attaque du corps vient renforcer les conflits internes bien à l'œuvre à cette période adolescente, entre le désir de devenir adulte et de demeurer un enfant. La différenciation et l'identification au groupe de pairs sont également bouleversées de par l'aspect androgyne du corps.

Une étude rétrospective (Polomeni, 2011) portant sur le vécu de jeunes patients atteints d'hémopathies malignes a été réalisée avec une méthodologie mixte à la fois quantitative et qualitative. Cette étude rétrospective a permis à des jeunes patients en rémission de s'exprimer sur l'expérience de la maladie. Les entretiens de recherche, organisés selon trois temps (le temps de la maladie, la rémission et le « retour à la vie normale ») ont pu mettre en évidence la place du corps dans ce vécu de maladie. Les jeunes patients ont ainsi évoqué l'impact corporel des effets secondaires, en décrivant un corps « méconnaissable » et en reconnaissant un certain décalage par rapport au groupe de pairs.

Dans ce sens une méta-analyse ciblant les recherches qualitatives, a été effectuée sur l'image du corps des enfants et des adolescents atteints de cancer (Lee et al., 2012). Dans un premier temps, un des thèmes retrouvés sur le vécu corporel des jeunes patients, porte sur le fait de se sentir distant de son corps en éprouvant des affects plutôt négatifs par rapport à celui-ci. Ainsi, les jeunes patients dans l'ensemble, perçoivent leur corps comme anormal, voire laid. Ils se sentent à la fois très différents de leurs pairs et les envient. D'autre part, un autre thème émane de cette méta-analyse, soulignant le désir pour ces jeunes patients de se débarrasser du « carcan » de l'organisme, et donc de leur corps, en adoptant une vision positive de l'avenir et en acceptant leur nouveau corps tout en refusant d'être étiqueté comme un malade.

Dans son ouvrage, Oppenheim (2009), parle de sa pratique clinique, en tant que psychiatre-psychanalyste au sein du département d'oncologie pédiatrique de l'hôpital Gustave Roussy (Villejuif), pour décrire l'expérience des jeunes patients atteints de cancer. Il décrit ainsi, pour rejoindre ce que nous avons détaillé précédemment, le vécu des transformations du corps et de la sexualité chez les adolescents atteints de cancer. Oppenheim évoque ainsi « perte », en référence à l'alopecie mais également à celle de l'identité de l'adolescent. Des sensations inhabituelles apparaissent par exemple au travers du toucher, et du changement de goût des aliments. Il y a également les « traces » visibles (les effets secondaires de la chimiothérapie) qui peuvent être temporaires ou durables comme les cicatrices, les déformations ou amputations causées par une chirurgie. Devant ces transformations il s'agit pour l'adolescent de les intégrer à son image corporelle.

S'ajoutent aux transformations corporelles les questionnements concernant la fertilité. En effet, les traitements contre le cancer peuvent provoquer une stérilité. Il s'agit alors pour les médecins oncologues d'aborder avec les jeunes patients et leurs parents la question de la préservation de la fertilité, qui consiste en un prélèvement de sperme pour le garçon, et en une cryoconservation des tissus ovariens pour les filles (Coccia et al., 2012 ; Oppenheim, 2009 ; Pacquement & Laurence, 2009 ; Thomas, Albritton, & Ferrari, 2010). Les adolescents et leurs parents sont ainsi projetés dans des

préoccupations, parfois prématurées, autour de la parentalité. Après discussion, les jeunes patients sont orientés vers un Centre d'Etude et de COnservation du Sperme (CECOS) pour la préservation de la fertilité.

Nous avons donc vu que les bouleversements engendrés par la maladie en elle-même et les traitements viennent à l'encontre des processus bien à l'œuvre au cours du développement, dit normal, de l'adolescence. Aussi, bien que les traitements soient lourds et que la douleur physique soit au premier plan, la douleur morale peut elle aussi être importante et demeure une question incontournable à traiter. Le rôle du psychologue en oncologie, auprès d'adolescents et de jeunes adultes devient donc une nécessité. Deux éléments sont essentiels dans le cadre de la prise en charge des jeunes patients atteints de cancer. Le premier réside dans le fait que le cancer intervient comme une menace sur le pronostic vital, qui induit des réactions d'ordre émotionnel, cognitif et comportemental ; le second est que l'impact du diagnostic sera différent suivant le niveau de développement psycho affectif des jeunes patients, qu'il est important de prendre en compte (Jalenques, Levallois, Geneste, & Demeocq, 2007 ; Levallois et al., 2007a, 2007b).

1.2 Les troubles des conduites alimentaires en oncologie

Les traitements contre le cancer, et notamment la chimiothérapie, entraînent des effets indésirables tels que : une fatigue, une mucosité buccale, des nausées, une perte/prise de poids, des modifications corporelles, et enfin, la chimiothérapie vient également modifier les perceptions sensorielles, telles que le goût et les odeurs. Ainsi, le rôle de l'alimentation n'est pas anodin dans une prise en charge chimiothérapeutique. Néanmoins, quelles différences peut-on faire entre une anorexie et un syndrome d'anorexie-cachexie lié au cancer, alors que les symptômes principaux sont vraisemblablement les mêmes (état de maigreur, asthénie, dysfonctionnement des organes) mais où la cause peut être différente ? Dans cette partie, nous interrogerons la place de la nutrition, la fonction qu'elle prend et la modification de l'alimentation chez les patients atteint de cancer et en cours de traitement.

Dans un premier temps, nous mettrons en avant les perceptions sensorielles modifiées qui impactent la prise alimentaire chez des patients en cours de chimiothérapie. Bernhardson, Olson, Baracos, & Wismer (2012) ont décrit la manière dont s'alimentaient les patients atteints de cancer, en cours de traitement, et présentant des altérations chimio sensorielles. Sur la base d'analyse qualitative, les participants ont également renseigné, leur apport nutritif, le sentiment de fardeau des symptômes, et leur qualité de vie. L'ensemble de ces analyses ont permis, entre autres, de souligner les croyances fondamentales sur l'alimentation. Tous les participants ont rapporté une altération du goût qui fluctuait suivant les cycles de chimiothérapie, engendrant ainsi une modification au niveau de la texture et de la température (exemple : goût « amer », « métallique » ou encore « papier carton »). A l'altération du goût s'ajoutait également des douleurs intestinales et des problèmes dentaires. Ces modifications entraînent alors des choix personnels en termes d'alimentation, les participants ont donc modifié leurs habitudes alimentaires et ont adapté leur alimentation à ce qui leur était supportable.

Les participants disaient avoir reconsidéré leur alimentation en adoptant une hygiène alimentaire meilleure qu'auparavant. Ils étaient de surcroît beaucoup plus attentifs aux valeurs nutritionnelles. De plus, les participants ont pointé la dimension sociale et attractive de partager un repas avec d'autres personnes bien que cela soit plus difficile pour eux. Les participants ont également souligné le manque d'intérêt qu'ils portaient aux goûts avant de commencer la chimiothérapie. Ainsi, Les comportements des participants liés à l'alimentation ont été non seulement influencés par les nouvelles contraintes, dues aux modifications chimio-sensoriels et d'autres symptômes, mais aussi par le contexte des expériences passées, des préférences alimentaires personnelles et des croyances préexistantes sur la nourriture. Les participants ont ainsi développé des stratégies afin de contourner les limites de leur alimentation lors des cycles de chimiothérapie altérant leurs perceptions sensorielles. Cette étude est intéressante pour décrire ce qui se passe d'un point de vue nutritionnel lors des chimiothérapies, néanmoins, cette étude porte sur une population d'adultes. On peut s'interroger quant à la différence d'adaptation chez les adolescents et jeunes adultes face à ces problématiques.

Dans un second temps nous définirons le terme de syndrome d'anorexie cachexie chez les patients atteints de cancer et les effets psychosociaux qui en découlent. La cachexie cancéreuse est définie comme un syndrome multifactoriel mettant en avant une perte permanente de masse musculaire, conduisant à une déficience fonctionnelle progressive (Fearon et al., 2011). Elle est également associée à une fonction physique réduite, à une moindre tolérance aux traitements du cancer et à une diminution de la survie. Ce syndrome est présent en fonction des tumeurs. Il est relativement rare chez les patients présentant un adénocarcinome et un cancer du sein. La méta-analyse de Oberholzer et al. (2013) met en avant les données existantes concernant les effets psychosociaux de la cachexie cancéreuse. Trois aspects sont détaillés dans les effets psychosociaux. Le premier aspect souligne les mécanismes conduisant à des effets psychosociaux. Les effets psychosociaux dans ce contexte-là sont décrits comme les émotions négatives associées à la réduction de l'apport alimentaire, la perte de poids involontaire, et les conséquences sociales de ces symptômes. La littérature souligne dans un premier temps la prise de conscience de la perte de poids avec une image de soi altérée due à un sentiment de fragilité, de dépendance, d'activité diminuée et d'isolement social. Dans un second temps, ce sont les représentations sociales des repas qui ont changé avec notamment un manque d'appréciation de la nourriture faite par les proches, ou lorsque les rôles à la cuisine se sont inversés. Les repas ne sont plus des événements agréables. Enfin, les patients mentionnent un manque d'attention concernant les problèmes nutritionnels de la part des professionnels de santé. Les effets psychosociaux se sont notamment exacerbés lorsqu'un échec contre la perte poids s'est avéré ou lorsque les patients et soignants s'attendaient à une meilleure alimentation pour inverser la courbe de poids. Qu'en est-il de la représentation des effets psychosociaux ?

Les effets psychosociaux ont été formulés comme un spectre d'émotions négatives, comprenant de la tristesse, une déception, de la confusion, un sentiment de contrariété, d'impuissance, de désespoir, de culpabilité, de la peur et une certaine détresse existentielle. Par ailleurs, certains patients rapportaient une sensation de malaise car leur cachexie se voyait. De plus, certains se sentaient harcelés par les

soignants pour combattre cette cachexie. Enfin, les proches se sentaient également impuissants et incompetents ce qui entraînait fréquemment des conflits relationnels entre les proches et les patients. Un fort sentiment de responsabilité de l'échec était partagé par l'ensemble des patients.

Enfin, le dernier volet des effets psychosociaux concerne les stratégies de coping déployés par les patients dans ce contexte de cachexie. Afin de répondre aux effets psychosociaux, les patients mettent en place différentes stratégies : les auteurs ont défini d'une part les stratégies constructives et de l'autre les réactions indésirables. Les stratégies constructives seraient une acceptation de la limitation de l'alimentation, associée à une prise de conscience que les interventions nutritionnelles ne pourraient enrayer la situation. Les réactions indésirables comprennent des objectifs irréalisables avec une lutte acharnée contre le cancer, et un sentiment de contrôle sur le ralentissement de l'évolution de la maladie. Du côté des soignants les réactions indésirables seraient de forcer l'alimentation, d'entamer des négociations autour de la prise alimentaire, et d'exercer une pression à l'aide d'une surveillance élevée. Ces attitudes entraîneraient du côté des patients de l'évitement, des propos positifs valorisant leur prise alimentaire et parfois des mensonges, dans le but d'éviter les pressions.

Tous ces éléments, et notamment les symptômes engendrés par la cachexie mettent en difficulté le patient, ses proches et les soignants, engendrant notamment des conflits relationnels, des troubles de l'adaptation et un risque de mauvaise tolérance aux traitements.

Devant les bouleversements engendrés par la cachexie au cours d'un traitement anti-cancéreux, nous nous demandons dans quelle mesure des modifications en termes d'hygiène de vie peuvent apparaître après un cancer. Tramm, McCarthy, et Yates (2011) mettent en avant les recommandations nutritionnelles dans la prévention d'une récurrence d'un cancer du sein chez les femmes, et leurs efficacités pour améliorer certaines morbidités à long terme associées à la maladie. Ainsi, la consommation d'alcool est déconseillée pour plusieurs raisons : la première est que l'alcool augmente l'appétit et couplé avec son fort potentiel calorique, cela peut contribuer à un gain de poids.

Deuxièmement, les métaboliques de l'alcool sont cancérigènes. Enfin, la troisième raison est que l'alcool médiate les actions de l'œstrogène et d'autres facteurs de prolifération. L'alcool est reconnu comme facteur de risque pour le cancer du sein. D'autre part, depuis quelques années, la relation entre insuline et cancer est en cours d'exploration (Tran, Philippe, & Gariani, 2010). Aussi, pour poursuivre cet objectif, l'excès de glucide peut entraîner une hyper insulinémie compensatoire et une insulino-résistance favorisant la croissance de la tumeur et ainsi stimuler les facteurs prolifératifs, tels que le facteur de croissance insulinique. Enfin, au niveau des aliments conseillés, nous retrouvons tout ce qui favorise l'absorption de fibre, tel que les légumes et les fruits. Dans l'ensemble il est conseillé aux femmes de réduire leur apport nutritionnel, d'adhérer à un régime alimentaire afin de ne pas favoriser une prise de poids après la ménopause. Cependant, ces recommandations restent discutées pour des raisons méthodologiques des études, et du rôle réel que comporte l'absorption de graisse.

Dans tous les cas, la question de l'alimentation dans le champ de l'oncologie est bien présente. Nous notons d'un côté les difficultés liées à la régulation nutritionnelle au cours des traitements, et d'un autre côté les modifications alimentaires dans les habitudes de vie et dans les représentations sociales. A notre connaissance peu d'études se sont intéressées à la cachexie-anorexie chez des adolescents jeunes adultes atteints de cancer. Les questions de l'image de soi, du corps et du poids sont des préoccupations importantes lors de cette période. Serait-il possible que les jeunes patients atteints de cancer trouvent un bénéfice secondaire de cette perte de poids due en partie aux traitements contre le cancer ? Par ailleurs, les études que nous avons relevées sont très souvent médicales, s'intéressant aux molécules mise en jeu dans la cachexie anorexie, et peu finalement ont tenté de mettre en évidence les symptômes psychiques que peuvent entraîner ce syndrome (Di Fiore & Rigal, 2009 ; Hébuterne, 2009 ; Prevost, Joubert, Heutte, & Babin, 2014).

1.3 La survie

En France, le taux de survie après cancer dans cette population, est globalement proche de 75 à 80 %. Plus précisément, sur la période de 1978 à 1997, la survie globale à 5 ans pour les 15-19 ans était de 69,1% et pour celle des 20-24 ans de 74,5% (Desandes et al., 2004 ; Laurence, 2009). Puis, sur la période de 2000-2004, la survie globale à 5 ans était de 81,8% avec des différences selon l'âge (78,5% chez les 15-19 ans et 84,3% chez les 20-24 ans), et selon le sexe (78,8% chez les hommes et 85,2% chez les femmes) (Desandes, 2013). Le taux de survie à 5 ans comporte des disparités importantes en fonction des pathologies, des âges et du sexe. En effet, l'étude de Desandes et al., (2013) souligne qu'une survie à 5 ans était de 90% pour les mélanomes malins, les cancers thyroïdiens, les lymphomes Hodgkinien et les tumeurs germinales gonadiques.

A contrario, les tumeurs de plus mauvais pronostic étaient de 55-65 % à 5 ans, notamment pour les pathologies cancéreuses suivantes : les leucémies aiguës lymphoblastique et myéloblastique, les tumeurs d'Ewing et les tumeurs cérébrales. D'autre part, la survie globale à 5 ans était meilleure chez les 20-24 ans (84,3%) que chez les 15-19 ans (78,5%). Cette étude montre également que les tumeurs de moins bon pronostic diminuaient avec l'âge au profit de tumeurs moins agressives. Ainsi, les deux études de Desandes et al. (2013) à des périodes différentes, montrent bien une amélioration des taux de survie chez les adolescents et les jeunes adultes.

Toutefois, le taux de survie des adolescents et jeunes adultes reste inférieur à celui observé chez les plus jeunes patients âgés de 0 à 14 ans. Plusieurs hypothèses, en cours d'exploration, sont soulevées pour tenter d'expliquer ce moins bon pronostic, telles que : un délai au diagnostic souvent plus long, des différences biologiques et moléculaires au niveau tumoral, un plus faible taux d'inclusion dans les essais cliniques, une moins bonne tolérance de la chimiothérapie, et une moins bonne observance du traitement (Desandes et al., 2013 ; Grèze et al., 2015 ; Laurence, 2009 ; Schmidt, 2006). D'autre part, quelques études montrent également un manque de consensus sur les modalités de prise en charge des

adolescents et jeunes adultes en oncologie. Une étude, descriptive et rétrospective, réalisée en Auvergne, s'est attachée à décrire l'épidémiologie et le parcours de soins des adolescents âgés de 15 à 19 ans atteints de cancer, et dont le diagnostic fut posé sur la période de 2008-2013 (Grèze et al., 2015). Les données ont été recueillies dans le Registre des cancers de l'enfant et d'Auvergne et Limousin et des « Départements d'information médicale ». Au cours de l'étude, 73 nouveaux cas de cancer ont été recensés chez les 15-19 ans, dont 32 garçons et 41 filles. Soixante-dix pourcent avaient moins de 18 ans et 30% avaient plus de 18 ans au moment du diagnostic. La maladie de Hodgkin était la pathologie la plus représentée (27,4%). Dans l'ensemble, le recueil des données de ce registre montre que l'équipe d'oncologie pédiatrique du CHU de Clermont-Ferrand a été sollicitée pour la prise en charge de 30 patients adolescents (ce qui représente 41,1%).

D'autre part, l'étude montre que les 20 patients atteints d'une maladie de Hodgkin, âgés de 15 à 19 ans, ont été répartis dans les services suivants : un patient en service adulte d'oncologie médicale, 11 patients en service d'hématologie adulte, 7 patients en oncologie pédiatrie, et un patient transféré dans un autre département. Aussi, cette étude met en évidence un manque de collaboration entre les différents services (adulte et pédiatrique), et le besoin de coopérer davantage afin d'assurer une prise en charge spécifique et adaptée pour les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer. Les plans cancer déployés depuis 2003 tendent à promouvoir l'accès aux soins pour tous et plus spécifiquement, et récemment, de personnaliser les prises en charge à chaque âge.

1.4 Ce que prévoit le plan cancer

Les plans nationaux développés depuis 2003 marquent la volonté de structurer les soins dans la prise en charge du cancer. Aussi, les plans cancer mobilisent les différents acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage, du soin, de la recherche, et de l'accompagnement orienté aussi bien

vers le patient que les proches¹. Le premier plan cancer (2003-2007) a impulsé un certain dynamisme dans la prévention et la prise en charge des patients. Le premier plan cancer avait plusieurs grands objectifs. Le premier était *la prévention* des consommations à risque telles que le tabac et l'alcool. Il s'agissait également de prévenir un environnement de travail exposé à des éléments cancérigènes. *Un dépistage mieux organisé* représentait le deuxième objectif du plan cancer 2003-2007. Il s'agissait notamment de faciliter l'accès aux dépistages, avec notamment la généralisation du dépistage du cancer du sein, et de prévenir les diagnostics tardifs. *Des soins de meilleure qualité centrés autour du patient* étaient également visés avec plusieurs orientations, telles que la systématisation des Réunions en Concertation Pluridisciplinaire (RCP) pour chaque nouveau patient avec l'élaboration d'un projet personnalisé de soins, et le développement de réseau locaux afin d'assurer une prise en charge de proximité et à domicile (par exemple : l'Hospitalisation A Domicile). C'est dans ce contexte également que la prise en charge des enfants est évoquée avec le projet de développer des sites spécifiques pour les enfants atteints de cancer et d'assurer un accompagnement des parents des enfants malades. Il est également question de faciliter l'accès aux informations pour les patients et ainsi de les placer au cœur de leur prise en charge. D'autre part, *un accompagnement plus humain* est préconisé avec notamment des mesures sociales, telles que le maintien ou l'aide au retour à l'emploi, l'accès aux prêts et aux assurances, l'accès aux différentes associations (loisirs), et l'aide psychologique. Ceci est défini en vue de maintenir un certain équilibre, à la fois professionnel et familial, au cours d'une période complexe de maladie.

Par ailleurs, *une formation plus adaptée* est envisagée avec un renforcement de l'enseignement médical autour du cancer et de sa prise en charge globale. Enfin, l'accent est porté sur *la recherche*. L'objectif est d'étendre la recherche en privilégiant un continuum entre recherche et clinique.

¹ Source : <http://www.e-cancer.fr/>

Ce premier plan cancer a permis une diminution progressive de la consommation de tabac avec différentes actions comme la hausse du prix du tabac et l'interdiction de la vente de tabac aux personnes âgées de moins de 16 ans. Il a également permis la généralisation du dépistage du cancer du sein. Enfin, les critères de qualité en termes de prise en charge ont été identifiés afin que les établissements soient autorisés à prendre en charge des personnes atteintes de cancer. Toutefois, la complexité de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes n'est pas soulevée dans ce premier plan cancer. Celle-ci sera évoquée lors du deuxième plan cancer qui s'est déroulé de 2009 à 2013.

Le deuxième plan cancer comportait de nouveaux objectifs tout en consolidant les acquis du plan cancer précédent. Celui-ci s'articulait autour de cinq grands axes, dans lequel nous retrouvons certaines notions déployées auparavant, dans le premier plan cancer, tels que la recherche, l'observation, la prévention, le dépistage, les soins, et vivre pendant et après le cancer. De manière plus transversale, la thématique de ce plan cancer était axée sur la prise en compte des inégalités en matière de santé afin d'assurer plus d'équité, avec la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux afin de dresser les projets personnalisés de soins, pendant et après la maladie. Enfin, il était question de renforcer le rôle et les liens avec le médecin traitant, comme réseau de proximité, afin de garantir une bonne prise en charge au cours et après la maladie. Ici nous nous attacherons principalement à détailler la mesure qui s'intéresse à la prise en charge des adolescents. Au sein de l'axe Soins du deuxième plan cancer, il est préconisé de « garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace ». Dans la lignée du premier plan cancer et des résultats obtenus, l'axe Soins a pour objectif d'améliorer le parcours de soin en préservant une certaine continuité entre l'avant et l'après-traitement, en renforçant notamment les liens avec les réseaux de proximité (hôpital, médecin traitant, professionnels de santé et associations). C'est dans cette partie, et plus précisément dans la mesure 23 de l'axe Soins, qu'il est question de développer des prises en charges spécialisées notamment pour les adolescents. L'objectif est d' « *augmenter le taux de guérison des cancers de l'adolescent et du jeune adulte. Éviter*

la rupture et contribuer à l'acquisition de l'autonomie et de l'estime de soi en dépit des conséquences physiques, psychologiques et sociales de la maladie à cet âge et favoriser l'intégration sociétale des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer ». Ce plan cancer prévoit alors de définir et de déployer un programme visant l'élaboration d'actions spécifiques pour la prise en charge des adolescents atteints de cancer, et ainsi soutenir les projets novateurs en termes de soins, de recherches cliniques et d'accompagnement.

Impulsé par le deuxième plan cancer, c'est le troisième plan cancer, en cours (2014-2019), qui va venir renforcer l'intention d'une prise en charge spécifique pour les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer. Le plan cancer trois a pour objectif général de répondre aux besoins et aux attentes des personnes malades.

Il s'agit à la fois de se diriger vers la guérison et l'accompagnement à chaque stade de la maladie. Nous remarquons, depuis le premier plan cancer, une certaine évolution dans les objectifs qui s'orientent davantage dans l'accompagnement des patients et des proches, à la fois au cours des traitements et dans l'après, et au maintien d'une certaine qualité de vie. Aussi, quatre grands axes définissent ce troisième plan cancer. Le premier stipule de *guérir plus de personnes malades*, en mettant en avant les diagnostics précoces et en donnant accès à chacun aux méthodes innovantes et à une médecine de qualité. Le second axe préconise *le maintien de la continuité et d'une certaine qualité de vie*, en proposant une prise en charge globale prenant en compte les besoins spécifiques à chacun. Le troisième axe souligne *l'investissement dans la prévention et la recherche* afin de diminuer le nombre de cas de cancer. Enfin, le dernier axe vise à *optimiser le pilotage et les organisations de lutte contre le cancer*. C'est dans ce troisième plan qu'une attention particulière est accordée aux prises en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes ainsi qu'à leurs proches.

Dans ce sens, nous détaillerons ici l'action du plan, portant essentiellement sur cette population. Le premier axe sur « guérir le plus de personnes malades » comporte plusieurs objectifs dont l'un souligne

la nécessité de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge. Au sein de cet objectif nous retrouvons le paragraphe spécifique aux prises en charges des adolescents et des jeunes adultes et notamment dans l'action 2.13 : « *Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social* ». Cette action part des dispositifs mis en œuvre par le précédent plan cancer concernant notamment la coordination entre les oncologues pédiatres et adultes. Elle stipule donc une structuration de la prise en charge spécifique des adolescents et des jeunes adultes en faisant cohabiter à la fois un expertise médicale et des réponses en termes de besoins spécifiques propres à cette tranche d'âge, à savoir : les liens sociaux, le maintien de la scolarité, le retour au travail etc. C'est, en fait, assez récemment que la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes devient un enjeu important. La pathologie cancéreuse est rare pour cette population (cela représente 2% de l'ensemble des cancers en France). Ainsi, de par sa rareté et la population concernée, la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer reste une spécificité.

1.5 Une prise en charge spécifique

Les adolescents et jeunes adultes étaient, jusqu'à récemment, pris en charge parfois au sein des services de pédiatrie et d'autres fois dans des services d'oncologie adulte. Ils existent aujourd'hui plusieurs unités sur le plan national, spécialisées dans l'accueil de l'adolescent et du jeune adulte atteints de cancer. L'unité *La Montagne*, au sein de l'Institut Gustave Roussy, est le premier service créé en 2002 par le Dr Brugières. En 2011, des financements aident plusieurs centres à créer des équipes mobiles pour la prise en charge des adolescents et jeunes adultes. En 2013, « l'unité AJA » est créée au sein de l'Institut Curie par le Dr Laurence. C'est le troisième service à avoir ouvert en Ile-de-France après la création de l'unité d'Hématologie pour la prise en charge des adolescents et jeunes adultes au sein de l'hôpital Saint Louis, en 2010¹. Les services créés ont pour objectif une prise en charge globale du patient. Pour ce faire une équipe pluridisciplinaire est organisée autour du patient. Cette équipe est

¹ Source : Institut National du Cancer, dossier presse, 2010

constituée de médecins oncologues d'adultes et de pédiatres, d'infirmiers et d'infirmiers coordinateurs, d'une assistance sociale, d'une psychomotricienne, d'un kinésithérapeute et d'un animateur. Une prise en charge psychologique est, de manière systématique, proposée aux jeunes patients. Concernant les locaux, la création des « unités AJA » avait pour objectif de regrouper, au sein d'un même espace, à la fois des lits d'hospitalisation et des espaces loisirs. Ainsi, il n'est pas rare d'observer des pièces dédiées aux jeux dans ces services. Au-delà de la prise en charge hospitalière, depuis plusieurs années des associations œuvrant à l'accompagnement de ces jeunes malades sont apparus. Il y a notamment l'association « *On est là* » qui favorise la rencontre entre d'anciens malades, des patients, et parfois des proches, afin d'échanger librement sur l'expérience de la maladie. L'*Espace Bastille* propose des consultations psychologiques pour les jeunes patients atteints de maladie somatique ainsi que pour les proches, et enfin l'association *Jeunes Solidarité Cancer* qui regroupe des anciens malades, des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, des proches et des professionnels, dans une volonté de partage et d'actions sur le plan national. La création de ces différentes associations et lieux de soins émane d'un constat sur le vécu d'isolement des jeunes patients et sur leur volonté de rencontrer des jeunes ayant traversé ou traversant une expérience similaire de la maladie.

2. Clinique des adolescents et jeunes adultes suivi en oncologie

Les différentes études concernant les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer insistent toutes sur la période complexe au cours de laquelle le cancer apparaît, et ainsi sur les besoins psychiques, psycho-sociaux et éducationnels de cette population.

Morgan, Davies, Palmer, et Plaster (2010) soulignent les questions psycho-sociales relatives aux adolescents et jeunes adultes malades et pris en charge pour un cancer. Les auteurs font ainsi référence aux différents rites de passages et aux questions spécifiques à cet âge. Ils évoquent ainsi la question de la sexualité dans le contexte de la maladie cancéreuse, mettant en avant que les jeunes à cet âge font de nouvelles rencontres, et explorent également leur sexualité. Aussi, la maladie et les traitements

viennent impacter la fertilité. Il s'agit ici d'informer le jeune patient du risque des traitements sur le développement et la fonction sexuelle. De plus, les traitements, comme nous l'avons vu précédemment, provoquent des modifications corporelles, mais aussi un certain isolement avec la répétition des examens et des traitements. Les relations avec les pairs peuvent être interrompues, pouvant ainsi impacter la maturation et le développement identitaire. D'autre part, à cet âge la question des consommations d'alcool ou de drogues est assez courante pour les professionnels de santé qui travaillent avec les jeunes en parcours de soin somatique. Les recommandations des auteurs seraient de créer un climat de confiance suffisant afin que les jeunes et les médecins puissent aborder ces questions simplement. Enfin, les auteurs s'accordent à dire qu'avant d'envisager la prise en charge d'un adolescent atteint de cancer, il s'agit surtout de considérer un adolescent en pleine maturation tant affective que cognitive, et physique.

2.1 L'expérience de la maladie chez des jeunes en cours de traitement

Des revues de la littérature ont mis en avant les caractéristiques propres aux jeunes patients atteints de cancer. La méta-analyse effectuée par Lee et al. (2012) nous apporte quelques éléments sur d'une part, l'expérience de l'image du corps des enfants et des adolescents atteints de cancer et d'autre part, sur les conséquences de la maladie sur l'ensemble des sphères de la vie des jeunes. Cette méta-analyse se focalisait notamment sur l'inclusion de jeunes patients âgés de 6 à 20 ans avec tous types de cancer et de pronostics confondus. Cette étude s'intéressait principalement aux données qualitatives avec tous types d'approches théoriques : l'analyse phénoménologique, la théorie ancrée ou encore l'approche herméneutique. Dans un premier temps les résultats montrent une première catégorie d'expérience concernant le fait d'être *distant de son corps*. Les jeunes patients décrivent un changement de leur corps entre l'avant et l'après-traitement et ainsi perçoivent leur apparence physique comme anormale, laide, et peu attractive. Ils envient leurs pairs, et se sentent différents. De plus, ils décrivent la perte d'une vie ordonnée avec une modification des activités entreprises à cause des effets secondaires

(fatigue), et de l'organisation des traitements (hôpital de jour, examens, consultations ou hospitalisations). Ils doivent alors se tourner vers d'autres moyens pour s'occuper et s'amuser. La deuxième catégorie des analyses met en avant un sentiment de *perte d'identité de soi*. Cette catégorie comprend à la fois le sentiment de se sentir en marge dans les relations interpersonnelles, notamment du fait de la perte de contacts avec les pairs. La personne qui prend le plus soin d'eux est la mère, mais ils peuvent parfois ressentir des émotions négatives vis-à-vis de celle-ci qui peut se montrer trop angoissante et envahissante. Aussi, l'interaction avec le père peut se modifier et se moduler avec l'apparition de la maladie et des traitements. Dans ce sens, il apparaît différents modèles d'interactions entre la famille et le patient. D'autre part, l'effondrement de l'identité et de l'identité sociale fait partie également de cette catégorie. Ici, les jeunes patients observent dans l'ensemble une certaine perte d'autonomie engendrée par les traitements et la maladie en elle-même, un sentiment d'incertitude quant à la récurrence, des changements physiques qu'ils ne peuvent pas cacher et une certaine contrainte d'exposer ces changements. Par ailleurs, ce qu'ils perçoivent dans le regard des autres, tel que l'inquiétude, les jugements, les questionnements et les angoisses, ne leur permettent pas de pouvoir échanger et partager simplement leur expérience. On retrouve alors des comportements d'évitement comme vu précédemment dans l'étude de Smorti (2012). Les *Stratégies de soutien et d'auto protection* constituent une autre catégorie. Dans un premier temps on relève le retrait : les jeunes patients développent des stratégies d'adaptation de type retrait social/ isolement de peur de faire face à leur environnement et aux éventuelles questions. Ils expriment certaines difficultés à créer de nouveaux liens et de s'insérer dans un groupe. Parfois, leur attitude vient répondre aux comportements d'éloignement de leurs pairs (moquerie, distance, angoisse). Pour tenter d'éviter les dommages, les adolescents trouvent des moyens pour cacher leur apparence physique (port d'une perruque par exemple). Ils souhaitent donner une image normée d'eux même, retrouver un certain contrôle sur leur vie. De plus, ils décident d'écouter la réaction des autres avant de réagir, d'essayer de comprendre leur réaction afin de ne pas être blessé par l'incompréhension de leur entourage. Il semble important pour

ces jeunes de pouvoir rencontrer des jeunes patients guéris du cancer afin de partager des expériences similaires, d'écouter des conseils pour savoir comment s'adapter à un nouveau corps. Enfin, les résultats de cette méta-analyse mettent en avant le soutien de la famille et des amis recherché par les patients. En effet, ceux-ci peuvent atténuer l'impact des changements physiques afin de se sentir en sécurité. Les parents des jeunes patients adoptent aussi des stratégies pour préserver leur enfant de la séparation d'avec leur groupe de pairs, et pour les protéger de leur sensibilité quant aux changements physiques. Il s'agit toutefois, ici, d'être vigilant sur l'attitude, parfois, poussée à l'extrême de certains parents pour protéger leur enfant (Jousselme, 2013). Enfin, il s'agissait pour les adolescents de *se débarrasser du carcan de l'organisme (du corps)* en acceptant leur nouveau corps et en refusant d'avoir l'étiquette d'une personne malade. Dans un premier temps on distingue une aspiration à être normal en ayant conscience du changement de leur corps avant et après les traitements, tout en espérant être traités comme une personne normale. Ici, les adolescents souhaitent développer des attitudes positives face à la maladie et aux effets iatrogènes. Les jeunes patients rapportent également, parfois, des réactions assez vives et négatives quand les comportements de leur entourage se voulaient trop prévenants et sympathiques. Toutefois, ils concédaient apprécier et vouloir, parfois, être traités comme une personne particulière au regard de l'expérience qu'ils traversaient. Enfin, les jeunes patients avaient une approche positive de l'expérience de la maladie en décrivant une nouvelle vie après la maladie grave. Ici, les patients mettaient en avant une certaine réinterprétation positive de la maladie et de cette expérience, qui leur permet d'appréhender différemment l'avenir et de choisir des plans de carrière et des activités différentes, qu'ils n'avaient pas forcément envisagées auparavant. Dans l'ensemble, ils ressentent la nécessité de changer quelque chose en eux. Ils se sentent à la fois des experts de la maladie et des soins hospitaliers, et retrouvent une bonne estime d'eux même.

Au regard de cette méta-analyse, nous relevons chez les jeunes patients des mouvements très ambivalents sur le fait de se sentir à la fois normaux et malades, et sur ce qu'ils attendent de leur proche. L'impact de la maladie et des traitements sur leur corps font qu'ils se questionnent sur

l'ensemble des domaines de leur vie et leur permet pour certains, en tout cas, de pouvoir se repositionner et d'avoir une vision plus large des possibles de leur avenir.

2.2 Symptômes et groupe de symptômes présents chez les jeunes patients en cours de traitement

Une autre revue de la littérature menée par Erickson et al. (2013) avait pour but de souligner les symptômes et les groupes de symptômes les plus fréquents chez les adolescents recevant un traitement contre le cancer. Selon Kim et al. (2005) un ensemble de symptômes est décrit comme un groupe stable de symptômes interdépendants et se produisant simultanément (as cited in Erickson et al., 2013). Les symptômes qui se regroupent ensemble peuvent augmenter progressivement en gravité et affecter l'état fonctionnel des patients. Cette revue proposait de se focalisait notamment sur les jeunes patients âgés de 13 à 19 ans. L'ensemble des symptômes identifiés au cours du traitement contre le cancer chez les jeunes patients sont de plusieurs ordres :

- La fatigue est l'un des symptômes les plus identifiés par les jeunes, associés notamment aux corticostéroïdes, aux perturbations veille-sommeil, à la dépression et aux vomissements. Les jeunes patients trouvent différentes stratégies pour soulager leur fatigue avec du repos, du calme, des massages et des activités sociales. On souligne également des perturbations veille-sommeil avec des difficultés à s'endormir, à rester endormi et à se rendormir.
- Les douleurs font partis des symptômes fréquemment retrouvés dans la littérature concernant les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer. Les douleurs résultant à la fois de la maladie en elle-même puis plus tard aux traitements contre le cancer. Les douleurs sont localisées au niveau des membres, de la tête, du dos, de la bouche et de l'abdomen. Les hospitalisations ont d'ailleurs été associées à des niveaux plus élevés de douleurs.
- Les nausées, notamment dues aux traitements, sont d'autres symptômes importants et bien connus lors des traitements contre le cancer. Quand celles-ci sont présentes les patients mangent peu,

voire pas. Quand les nausées persistent cela engendre une barrière pour s'alimenter. Il s'agit alors d'être attentif aux qualités nutritives des aliments.

- La perturbation de l'humeur a été également relevée. Celle-ci était associée aux différents changements physiques, mais aussi aux perturbations dans les activités (scolaires ou extrascolaires) et également à la fatigue et aux perturbations de la veille-sommeil.

- Au moment du diagnostic les symptômes dépressifs étaient plus déclarés par les patients, mais ceux-ci diminuaient avec le temps. On retrouve à nouveau les changements d'apparence qui sont un des effets des traitements les plus mal vécus par l'ensemble des jeunes avec la chute des cheveux, une perte ou gain de poids, un changement de perception de soi-même. Ils emploient les termes « laid » ou « différent » pour définir leur perception de soi. Enfin, le terme « normal » est souvent utilisé pour décrire l'état de leurs pairs sains. Ce qui marque une certaine différence, voire une rupture de leur état actuel, comme nous avons pu le voir précédemment avec la méta-analyse de Lee et al. (2012).

Les jeunes patients se sont tournés vers des personnes de confiance pour échanger à ce sujet, ils ont développé des stratégies pour minimiser les changements corporels, tels que : le port de bijoux, chapeau, maquillage. De plus, ils utilisent l'humour souvent pour atténuer des interactions trop inconfortables. Le changement d'apparence a été associé à une incidence accrue d'anxiété et de dépression. Les patients ont modifié leurs activités et ont évité des situations qui les embarrassaient, ou lorsqu'ils anticipaient des réactions sociales négatives.

Des groupes de symptômes (cluster) ont également été identifiés. Dans un premier temps les auteurs relèvent 5 groupes de symptômes dont : l'inconfort sensoriel et l'image corporelle ; le dysfonctionnement cardio-pulmonaire ; fatigue, troubles du sommeil et dépression ; l'image corporelle et les troubles alimentaires ; et les troubles liés à l'irritation gastro-intestinal et les douleurs. De manière plus précise, nous pouvons distinguer que le groupe de fatigue et de perturbations du sommeil provoquait des changements au niveau des relations interpersonnelles, et engendrait également du stress et de l'anxiété. La fatigue, les nausées et les perturbations du sommeil étaient plus sévères durant

la semaine qui suivait la chimiothérapie. Alors que les douleurs ou le changement d'apparence étaient stables et persistaient durant le cycle de la chimiothérapie.

L'étude de Wu, Sheen, Shu, Chang, et Hsiao (2013) s'est centrée sur l'exploration des données bio-psycho-sociales au cours du traitement contre le cancer, en examinant les liens entre adaptation, anxiété et résilience. Il s'agissait d'identifier, entre autres, les prédicteurs de l'anxiété et de la résilience chez des adolescents atteints de cancer et en cours de traitement. Ainsi, l'étude portait sur un échantillon de 134 jeunes patients âgés entre 11 et 19 ans, qui ont été recrutés dans trois centres à Taiwan, entre 2010 et 2011. Les résultats révèlent dans l'ensemble que plus de 20% des participants ont obtenu des scores élevés à l'évaluation des symptômes anxieux. Les styles de coping les plus utilisés étaient respectivement : l'adaptation cognitive, l'adaptation aux problèmes et l'adaptation défensive. Des corrélations bivariées montraient d'une part, un lien significatif entre le coping défensif et l'anxiété, et d'autre part, que la résilience était corrélée positivement et significativement avec l'adaptation cognitive et l'adaptation aux problèmes. Aussi, les résultats montrent que le coping cognitif et défensif prédit l'anxiété et la résilience. Cette étude montre ainsi les différentes stratégies d'adaptation que les jeunes patients peuvent utiliser, probablement en fonction des moments et du temps de traitement dans lequel ils se trouvent.

2.3 Adaptation des adolescents et jeunes adultes en rémission d'un cancer

Quelques études se sont intéressées à l'adaptation des adolescents et des jeunes adultes en rémission d'un cancer. L'étude de Smorti (2012) avait pour objectif d'évaluer les attentes concernant l'avenir, de mesurer la résilience et les stratégies de coping à l'œuvre chez des adolescents ayant reçu un traitement pour un ostéosarcome ou une tumeur d'Ewing. Il s'agissait également de mesurer les relations entre la résilience, le coping et les attentes par rapport à l'avenir. Trente-deux adolescents ont été inclus, âgés de 11 à 20 ans. Ils étaient en rémission d'au moins 1 mois après la fin des traitements pour une tumeur d'Ewing ou un ostéosarcome. Un groupe contrôle a également été constitué, composé

de 48 adolescents. Les participants étaient invités à répondre à des questionnaires concernant leurs attentes par rapport à l'avenir (*Expectations towards future*) et leur capacité de résilience (*Ego resilience scale*). Ce questionnaire évalue la résilience psychologique, en d'autres termes, ce sont les capacités dynamiques de modifier contextuellement son niveau de contrôle en réponse aux demandes situationnelles et aux capacités d'inhibition et d'expression spontanée. Enfin les stratégies de coping étaient également évaluées (*Coping strategies indicator*). Dans l'ensemble les résultats montrent que les adolescents en rémission ont des attentes très élevées et optimistes concernant l'avenir par rapport au groupe contrôle.

Toutefois, les jeunes en rémission ont des scores moins élevés au questionnaire de résilience que le groupe contrôle. En d'autres termes, cette étude montre que les patients ayant une expérience de cancer montrent une moins bonne maîtrise des impulsions et sont moins ouverts à s'engager de manière positifs dans des projets. Concernant les stratégies de coping il n'existe, ici, pas de différence significative dans les stratégies utilisées, toutefois, les auteurs observent que les adolescents en rémission utilisent davantage l'évitement ; ce qui va dans le sens d'un moindre engagement dans les expériences. Des corrélations bivariées mettent en évidence que les attentes envers l'avenir sont significativement et négativement corrélées avec l'égo résilience globale et significativement et positivement corrélées avec le contrôle des impulsions et de l'évitement. En outre, on observe que la période qui suit directement la fin des traitements est une période au cours de laquelle les adolescents et les jeunes adultes se montrent optimistes concernant l'avenir tout en présentant quelques difficultés à la fois à se projeter dans des projets et à maîtriser leur impulsivité.

Le temps de la rémission est une période difficile pour les personnes ayant traversé une maladie potentiellement létale et pour lesquels le terme de guérison ne peut être encore utilisé. Dans ce temps « entre deux », où les anciens patients ne sont plus malades mais pas encore guéris, l'impact psychologique est fort. Une étude exploratoire a évalué le vécu de 35 adolescents en rémission d'hémopathie maligne (les participants se situaient dans les 3 années de rémission complète post

traitement), au travers de la passation d'auto questionnaires évaluant la qualité de vie, les conflits identitaires, l'anxiété et l'insertion sociale et familiale (Buttin-Longueville et al., 2010). Les résultats descriptifs de cette étude montrent que les adolescents font une évaluation plutôt satisfaisante de leur qualité de vie en soulignant des investissements dans des projets, des relations familiales plus intenses et des amitiés plus sûres. Au niveau des conflits identitaires, c'est l'estime corporelle qui semble être la plus affectée par rapport à l'estime de soi ; les adolescents évoquent ainsi un corps dont ils sont peu fiers. De plus, une certaine discontinuité identitaire apparaît créant ainsi une rupture entre la personne qu'ils ont été avant la maladie et ce qu'ils sont devenus depuis.

Dans ce sens, les adolescents évoquent notamment un changement de comportement, des réactions différentes, et une manière d'appréhender les événements de vie divergente par rapport à avant la maladie. Au niveau du statut identitaire, la plupart des jeunes déclarait une difficulté à se comporter comme une personne non-malade. Concernant les angoisses, celles qui étaient les plus représentées chez les participants portaient sur *l'angoisse de rechute* pour lesquelles certains avaient adoptés des comportements d'évitement et d'hyper-vigilance. *L'angoisse du survivant* était présente pour la plupart d'entre eux avec le sentiment de devoir accomplir quelque chose de bien, de se sentir investi d'une mission, et enfin de se sentir redevable de leurs proches qui les ont soutenus durant la maladie. *L'angoisse de dépendance* était aussi présente chez les participants ; celle-ci se traduisant par le fait d'être rassurés quand il y a des visites médicales ou encore de ne pas se sentir bien en allant à l'hôpital ; et enfin de se sentir abandonnés lors de l'arrêt des traitements. Enfin, *les angoisses face à l'avenir* étaient les moins représentées. Celles-ci portent sur la crainte que quelque chose de mal arrive à leurs proches ou encore de se faire du souci pour leur avenir. Par ailleurs, les difficultés d'insertion tant sociale que familiale ne semblent pas importantes chez les adolescents. Il semblerait qu'ils se projettent facilement dans un projet professionnel. Quant aux relations familiales, certains se sentent surprotégés tandis que d'autres ressentent de la jalousie dans la fratrie. De plus, concernant les relations avec les pairs, la moitié des participants étaient inquiets de ne pas avoir de petit(e) ami(e), plusieurs d'entre eux

ont connu des difficultés d'insertion sociale et certains ont perdu des amis durant la maladie. Les difficultés d'insertion sociale dans les groupes de pairs pourraient s'expliquer par le fait que les jeunes en rémission se sentent différents de leurs pairs et notamment au travers de leurs intérêts, du fait qu'ils préfèrent la compagnie de personnes plus âgées, et enfin 65% des adolescents interrogés soulignaient que les autres adolescents ne pouvaient pas comprendre ce qu'ils avaient vécu. Cette étude met bien en avant les difficultés rencontrées au cours de la période de la rémission chez les adolescents, malgré le faible échantillon. Les auteurs soulignent ainsi toute l'ambivalence qui habite ces jeunes à ce moment-là, à savoir : être tiraillé entre le fait d'être soulagé d'avoir terminé les traitements et le fait d'essayer de continuer une vie « normale » tout en n'étant pas encore guérit. Il semblerait que le « syndrome de Lazare » définisse bien les mouvements traversés par les personnes en rémission. Dhomont (1988) décrivait ainsi les personnes en rémission : « rescapés d'une mort certaine, ils n'arrivent plus à se sentir tout à fait en vie » (as cited in Cavro, Bungener, & Bioy, 2005).

3 « Les survivants du cancer »

3.1 Effets à long terme des traitements

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux adolescents guéris du cancer. A partir de plusieurs revues de la littérature nous avons souligné les comportements de ces adolescents, en termes psycho-sociaux et de consommation de substances ; tout en prenant en compte des éléments indéniables relatifs à cette population : ceux des effets à long terme des traitements contre le cancer. Toutes les études s'intéressant au vécu des adolescents guéris du cancer soulignent une gamme d'effets tardifs médicaux et psychosociaux attribuables aux types de cancer, aux traitements et aux processus de développement interrompus à la fois sur le plan cognitif et social. Au niveau médical, on relève ainsi un risque de développer un second cancer, une cardio-toxicité liée directement au traitement anti-cancéreux, un risque de développer une maladie chronique respiratoire ou circulatoire, et enfin une moindre fertilité. Les effets psychologiques relevés sont à cette période de l'ordre d'une symptomatologie anxio-

dépressive, et du syndrome de stress post-traumatique. Les niveaux de détresse psychologique ne sont pas corrélés avec le niveau de gravité de la maladie. Ainsi, l'étude de Patterson, McDonald, Zebrack, et Medlow (2015) souligne les changements dans les capacités cognitives qui impactent la reprise de certaines activités pré-diagnostiques. Ainsi, des personnes guéries d'une tumeur cérébrale rapportent certaines préoccupations subjectives quant au déclin cognitif et au dysfonctionnement de la mémoire.

De manière plus globale les « survivants » (*cancer survivors*) décrivent des obstacles au niveau cognitif, émotionnel et pratique dans le retour à l'école ou au travail. Enfin, ces auteurs insistent sur l'un des aspects les plus difficiles de la transition vers la survie qui est la cessation du soutien dont les jeunes et leur famille ont pu bénéficier tout au long de leur parcours de soin. De la même manière que les personnes en rémission, comme cité précédemment, un sentiment d'abandon habite également les personnes guéries, dans la mesure où la surveillance, entre autre, est plus espacée.

3.2 Bénéfices associés à l'expérience de la maladie et conséquences négatives de celle-ci

Une étude plus ancienne a étudié les bénéfices associés à l'expérience du cancer pédiatrique chez une population guérie du cancer (Jutras, 2012). Les personnes interrogées étaient des adolescents, des adultes et des parents. Les 3 premiers bénéfices relevés pour l'ensemble des participants sont : un sentiment d'humanité (gentillesse, souci des autres, développement de l'intelligence sociale, sensibilité), l'élévation des valeurs (vision idéaliste, hiérarchisation des priorités) et de la sagesse, et l'augmentation des connaissances (apprentissage « médical », perspective). Les adolescents sont plus représentés dans la catégorie des bénéfices faisant référence aux gains matériels (obtenir quelque chose tel que : « j'ai eu une piscine ») et du soutien (recevoir de l'attention) ; les adultes déclarent avoir tiré des bénéfices de l'ordre de la sagesse et des connaissances, du courage et de la tempérance, tandis que les parents reconnaissent davantage des bénéfices associés aux valeurs et à la transcendance (la gratitude, l'espoir et l'appréciation de la beauté, voir les choses autrement, en sortir gagnant/grandit). Ces résultats vont également dans le sens d'une étude plus récente sur les conséquences négatives et

positives de l'expérience de la maladie chez des personnes guéries du cancer. Cette étude longitudinale a évalué les participants à 3 ans, 4 ans et 10 ans après le diagnostic afin d'observer les variations dans le temps (Lehmann et al., 2014). Les auteurs ont ainsi relevé 6 catégories de conséquences positives, à savoir : une vision de soi plus positive, de la compassion pour autrui (qui apparaît 10 ans après), des relations étroites, des connaissances acquises sur la maladie, les soins en santé, et gains financiers (argent d'assurance par exemple).

A l'inverse cette étude soulignait les conséquences négatives tirées de l'expérience du cancer des années après et les auteurs ont pu observer 7 catégories telles que : les préoccupations corporelles, des pensées existentielles sur la perte et la vie (qui apparaît 10 ans après), des problèmes psychologiques, des difficultés d'interaction avec les autres, des soucis de santé (nouveau à 10 ans), des problèmes de fertilité ainsi qu'une frustration concernant les soins de santé (les deux sont nouveaux à 10 ans). Cette étude montre comme la précédente que les personnes guéries du cancer observent des conséquences à la fois négatives et positives sur leur quotidien. Ici, de nouvelles catégories de conséquences émergent d'années en années ce qui semble correspondre à des moments de vie décisifs et pertinents (exemple de la fertilité qui est citée à 10 ans du diagnostic).

3.3 Adaptation et qualité de vie des adolescents et jeunes adultes guéris du cancer

Une étude plus ancienne s'était intéressée à décrire les stratégies de coping et les ressources personnelles des adolescents ayant eu un cancer et revenant pour des examens de contrôle (Kynäas et al., 2001). A l'aide d'analyse du contenu d'entretiens non structurés, les auteurs ont pu mettre en avant que les principales stratégies utilisées par les adolescents étaient le soutien social, la croyance et l'espoir dans la reprise d'une vie normale. Le soutien familial perçu était également une manière de faire face aux situations stressantes liées au cancer. Enfin, de manière plus générale, l'étude montre que des attitudes de vie positives, la croyance en ses propres ressources, le fait de pratiquer une religion et la volonté de lutter sont des ressources importantes pour faire face aux situations de vie stressante

et notamment ici dans le contexte d'une maladie cancéreuse. Nous avons également retrouvé ces résultats dans l'étude du rôle de l'espoir pour faire face aux maladies chroniques chez les adolescents (Griggs & Walker, 2016).

Une autre revue systématique de la littérature basée principalement sur des études rétrospectives a permis d'identifier les facteurs psycho-sociaux influençant la qualité de vie des adolescents et jeunes adultes qui ont été traités pour un cancer (Quinn, Goncalves, Sehovic, Bowman, & Reed, 2015). En tout, 35 articles ont été recueillis. Ceux-ci ont été classés selon deux grands thèmes: la perception des adolescents et jeunes adultes et la perception des intervenants (cliniciens, parents). Les adolescents et jeunes adultes guéris du cancer étaient plus susceptibles d'avoir une moindre qualité de vie par rapport à la population générale. Ils décrivaient des expériences à la fois positives et négatives concernant les soins médicaux, les informations reçues et les services de soins et de soutiens. Les participants auraient souhaité davantage d'informations sur les effets secondaires, sur la fertilité et la préservation de celle-ci et sur la survie. Dans ce sens les femmes rapportaient une certaine détresse par rapport aux problèmes d'infertilité.

Dans l'ensemble les adolescents et jeunes adultes guéris du cancer ont souligné différentes problématiques, telles que : l'aspect financier, des émotions négatives liées à la mort, à l'image corporelle, et à une certaine stigmatisation perçue. Ils signalaient également que les absences répétées soit à l'école soit au travail ont eu un impact sur leur activité. Toutefois, une amélioration de la qualité de vie était possible grâce aux relations familiales, à la présence des amis et des pairs guéris du cancer. Les représentants du culte apportaient également un soutien important. En d'autres termes, appartenir à un groupe de soutien et pratiquer une activité physique étaient associés à une moindre détresse. La revue de littérature de Treadgold et Kuperberg (2010) va dans le sens également de l'intérêt des groupes de soutien par les pairs pour les jeunes patients atteints de cancer et en cours de traitement. Ils existent deux formats de groupe de soutien : les rencontres en face à face ou celles qui se sont développées plus récemment, en ligne sous forme de forum, blog ou vidéo. Les rencontres en face à

face répondent à différentes conditions pour l'implication des jeunes patients. Cela va dépendre dans un premier temps du lieu et du temps de rencontre, de l'implication des membres de la famille et de la condition physique et somatique des patients.

A l'inverse, les groupes de soutien en ligne permettent un accès facile pour tous en évitant les difficultés de distance et de déplacement. Ce format de soutien dépasse les limites physiques et symptômes tels que : la fatigue, la mobilité, les soins en chambre stérile. De plus, il permet un certain anonymat, parfois, bien apprécié par des patients et aussi masque les facteurs sociodémographiques. Enfin, cela peut permettre de se sentir émotionnellement moins exposé. Toutefois, on relève le risque d'être seul si l'adolescent se sent submergé par l'émotion au cours de la rencontre. L'émergence de nouvelles modalités, telles que le soutien en ligne est appréciée par les adolescents et jeunes adultes qui ont besoin d'accéder aux personnes qui sont « déjà passés par là ». Dans les années 90, il avait déjà été souligné l'importance de favoriser des rencontres avec des pairs et d'optimiser le retour à la vie sociale des jeunes patients, tant que faire se peut. Certains auteurs avaient également mis en avant l'importance de centraliser les soins pour les adolescents et les jeunes adultes (Lewis, 1996).

3.4 Etat des consommations de substances chez les adolescents et jeunes adultes guéris du cancer

Enfin, l'ensemble des études relevées sur l'évaluation des consommations chez des jeunes guéris du cancer montre globalement que les consommations tabagiques et d'alcool dans ce groupe sont moins répandues comparativement à la population générale (Frobisher et al., 2008 ; Lown et al., 2008 ; Rabin, 2011). Cox, McLaughlin, Steen, et Hudson (2006) ont montré, dans une population de survivants de cancer, qu'un niveau scolaire supérieur et le sentiment d'être plus sensible et inquiet face aux effets à long terme de traitements contre le cancer, favoriseraient une consommation accrue, à un an, de tabac et d'alcool. De plus, les auteurs rappellent que les consommations à cette période ont un impact sur la santé à plusieurs niveaux : apparition d'un deuxième cancer, risque de maladie cardiovasculaire, ostéoporose, obésité et diabète de type 1. Des interventions de prévention ont été mise en place afin de

pallier ces difficultés et ont déjà montré des résultats positifs (Cox et al., 2006 ; Rabin, 2011). Enfin, nous n'avons pas trouvé d'études évaluant la consommation de cannabis chez des adultes guéris d'un cancer au cours de l'adolescence ou de l'enfance.

4. Adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et consommation de substances

A notre connaissance, seulement deux études se sont intéressées aux consommations chez les jeunes atteints de cancer (Bertrand et al., 2016 ; Tyc, Lensing, Klosky, Rai, & Robinson, 2005). La première étude, la plus récente, a été réalisée au sein du centre Léon Bérard et de l'Institut d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique à Lyon (IHOPE). Bertrand et al. (2016) ont effectué une étude prospective portant sur une population de jeunes patients âgés de 15 à 25 ans atteints de cancer. L'objectif de cette étude était d'évaluer la consommation de substances toxiques et l'influence que ces consommations pouvaient avoir sur la prise de morphiniques au cours du traitement contre le cancer. Un second objectif était de comparer les données recueillies dans la population clinique avec les données connues (grâce aux enquêtes ESPAD, ESCAPAD et le Baromètre santé) concernant les consommations dans la population des adolescents tout venants. L'échantillon était composé de 30 patients (dont 20 garçons et 10 filles). L'âge moyen était de 18,7 ans (et 3.1). Les consommations concernant le tabac, l'alcool et le cannabis étaient évaluées. Les participants ont effectué deux entretiens avec un étudiant en pharmacie. Le premier entretien intervenait lors de l'annonce diagnostique puis le second un mois après le diagnostic. La consommation de substances était évaluée par des auto-questionnaires. Il était également demandé aux participants de comptabiliser le nombre d'ivresse sur une année. Les critères de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ont été repris afin de classer les consommations de toxiques. Deux profils de consommateurs ont été retenus : les faibles consommateurs (ceux qui ne consomment pas ou qui n'expérimentent pas) d'une part, et les consommateurs importants (ceux qui consomment au moins une substance de manière régulière ou actuelle) d'autre part. Après analyse des données, par des statistiques descriptives, les

résultats concernant la consommation de tabac montraient que 11 patients (36,7%) ont déclaré ne jamais avoir consommé ou expérimenté le tabac avant le diagnostic. Les garçons avaient plus expérimenté le tabac que les filles, et cette différence est significative ($p= 0.007$).

Un mois après l'annonce du diagnostic, aucun des participants âgés de moins de 18 ans n'avait consommé du tabac, tandis que 3 participants âgés de plus de 18 ans avaient continué leur consommation. Concernant la consommation d'alcool, 4 participants (13,3%) ont déclaré n'avoir jamais consommé d'alcool. Douze participants (75%) âgés de moins de 18 ans et tous ceux âgés de plus de 18 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool. Parmi les consommateurs, 3 participants (21,4%), de sexe masculin, ont poursuivi leur consommation un mois après le diagnostic. Dix-neuf participants ont déclaré avoir eu un épisode d'ivresse un mois après le diagnostic, dont 12 (85,7%) participants étaient âgés de plus de 18 ans. Enfin, 7 participants (23,3%), dont 5 étaient âgés de plus de 18 ans, ont déclaré avoir vécu une alcoolisation ponctuelle important (API) durant le mois qui a suivi le diagnostic. Enfin, concernant la consommation de cannabis, 12 participants (40%) avaient expérimenté le cannabis avant le diagnostic. Aucun participant n'a continué sa consommation un mois après le diagnostic. Les données de consommations relevées pour l'échantillon étudié étaient comparables à celles décrites, dans la population générale, dans les enquêtes ESPAD (2011), ESCAPAD (2011, 2012) et le Baromètre santé (2011). Toutefois, la consommation régulière de toxique, un mois après le diagnostic, était plus faible chez les participants de moins de 17 ans pour toutes les consommations (tabac, alcool, cannabis). Pour les participants de plus de 18 ans la consommation était plus faible, en comparaison avec la population générale pour les consommations d'alcool et de cannabis.

L'utilisation d'antalgiques a été évaluée également dans cette étude ; cette utilisation a été comparée par la suite selon les profils de consommateur retenu (les faibles consommateurs et les forts consommateurs). Au cours de l'hospitalisations, 7 participants (23,3%) ont reçu des antalgiques de palier II (antalgiques opioïdes faibles) et 17 (56,7%), des antalgiques de palier III (antalgiques opioïdes forts,

tels que les morphiniques). Dans ces résultats il est intéressant d'observer que les patients au profil de fort consommateur avaient reçu plus d'antalgique de pallier III que les faibles consommateurs.

De plus, le délai entre le diagnostic et la prescription d'antalgique était plus court pour les faibles consommateurs que pour les forts consommateurs. Enfin, la durée de prescription d'antalgiques était plus longue pour les faibles consommateurs que pour les forts consommateurs. Cependant, aucune différence n'était significative.

Les auteurs mettent en avant dans la discussion un changement de comportement au cours du premier mois de prise en charge chez les patients-participants. Les changements de comportement vis-à-vis des consommations peuvent s'expliquer, selon les auteurs, par les mises en garde concernant les méfaits de ces consommations lors de l'annonce diagnostique. De plus, lors des entretiens avec les participants, ceux-ci expliquaient qu'ils avaient également modifié leurs relations avec leurs pairs notamment concernant les sorties qui étaient, désormais, ponctuées par les examens les rendez-vous médicaux ou les hospitalisations. Ce qui expliquerait, entre autres, une diminution des occasions pour consommer. Par ailleurs, les participants qui continuaient à consommer dans le mois qui suivait l'annonce diagnostique, expliquaient que leur consommation leur permettait de faire face, d'une certaine manière au traitement contre le cancer et à la maladie en elle-même. Ils évoquaient notamment les effets secondaires, de la consommation, qu'ils jugeaient agréables tels qu'un effet « relaxant » et « apaisant ». On retrouve, dans la littérature, les effets secondaires des toxiques plutôt appréciés par les jeunes consommateurs dans la population tout venante. Cette étude souligne l'importance de s'intéresser aux consommations des jeunes patients atteints de cancer, au cours de leur prise en charge. Bien que des changements de comportements soient révélés par rapport aux consommations chez les plus jeunes, un risque persiste concernant la poursuite des consommations chez les jeunes patients atteints de cancer au cours de leur traitement.

Tyc et al. (2005) ont effectué la première étude comparant des adolescents atteints de cancer avec leurs pairs en bonne santé, concernant les facteurs de risque liés à la consommation de tabac. L'échantillon comportait 90 adolescents atteints de cancer qui étaient en cours de traitement contre le cancer, dont l'âge moyen était de 15,1 ans ; et 279 adolescents en bonne santé de la même tranche d'âge (M=14,1 ans). En moyenne les adolescents qui ont participé à l'étude avaient reçu le diagnostic environ 2,4 mois avant. Au moment de l'étude 82,2% des participants étaient des patients qui venaient en ambulatoire pour recevoir leur traitement. Cinquante-trois pourcent des participants atteints de cancer ont été hospitalisés au cours du mois précédent. Près de 49% de l'échantillon expérimental était traité pour une leucémie ou un lymphome, 30% pour une tumeur solide et 21% pour une tumeur cérébrale. Le tabagisme actuel était mesuré par une auto-évaluation. Il s'agissait pour les participants d'indiquer s'ils avaient fumé au cours des 30 derniers jours. Il était également demandé de spécifier si leur parent avaient également fumé ainsi que l'un de leurs amis. Afin de mesurer la consommation de tabac actuelle, un questionnaire évaluant les facteurs liés à l'utilisation du tabac a été inclus. Ce questionnaire évaluait notamment : la valeur instrumentale donnée au tabac (par exemple il s'agissait pour les participants d'indiquer à quel degrés le tabac donner l'air « cool ») ; le soutien social perçu et le succès ; par exemple il était demandé aux participants comment ils se rendaient à l'école et à quel point il se sentait populaire à l'école. L'esprit de rébellion et la prise de risque étaient également évalués. Les attentes par rapport à la vie et l'optimisme ont été mesurés par le *Youth Life Orientation Test*. La perception de l'importance de la santé a été évaluée à l'aide d'une question « par rapport aux autres de votre âge, quelle importance, pensez-vous, qu'il est de rester en bonne santé ? » (*Compared to others your age, how important do you think it is to keep your self healthy?*). La vulnérabilité perçue pour la santé générale a été évaluée par un degré d'accord avec l'énoncé suivant : « en générale je suis plus à risque de développer des problèmes de santé que les autres de mon âge ». De plus, la perception de la vulnérabilité liée au problème de la consommation de tabac a été évaluée par un degré d'accord avec l'énoncé suivant : « mes chances sont élevées d'avoir des problèmes de santé grave si je fume

actuellement ou dans l'avenir ». Les connaissances concernant les risques liés à l'usage du tabac ont été évaluées par un questionnaire « vrai ou faux » déjà utilisé dans des études antérieures sur une population de jeunes guéris du cancer (Tyc, 2003). Enfin, une échelle était utilisée pour évaluer les intentions à consommer du tabac.

Les analyses univariées des résultats, concernant le tabac, montrent dans l'ensemble que les adolescents atteints de cancer étaient significativement moins fumeurs que les adolescents en bonne santé. Toutefois, le nombre d'anciens fumeurs était similaire chez les adolescents atteints de cancer et chez les adolescents en bonne santé. Concernant l'intention de fumer, l'analyse des données montre que les adolescents en bonne santé étaient plus enclins de déclarer des intentions de fumer par rapport aux adolescents atteints de cancer et ce de manière significative ($p < .01$). Parmi les adolescents atteints de cancer, ceux qui ont été inclus alors qu'ils avaient reçu un diagnostic moins récemment n'étaient pas plus susceptibles de déclarer des intentions de fumer. Enfin, les adolescents pris en charge en ambulatoire ne sont pas plus susceptibles de déclarer des intentions de fumer que ceux qui sont hospitalisés. On aurait pu, en effet, s'interroger sur les occasions de sorties plus fréquentes, et donc plus propices aux consommations pour les patients traités en ambulatoire. Sur l'ensemble de l'échantillon, les participants qui ont déclaré des intentions de fumer, ont rapporté des niveaux plus élevés de valeur instrumentale perçue de fumer par rapport à ceux qui n'ont pas déclaré d'intentions de fumer. Les adolescents en bonne santé qui déclaraient des intentions de fumer présentaient davantage d'esprit rebelle et de prise de risque, et percevaient moins de soutien social et ne se sentaient pas populaire. Ils étaient par ailleurs moins optimistes, et étaient moins bien informés sur les risques sanitaires liés à la consommation de tabac que ceux n'ayant pas l'intention de fumer. D'autre part, chez les participants en bonne santé, ceux qui ont une plus grande vulnérabilité perçue à des problèmes de santé généraux ($p < .05$) étaient plus susceptibles de déclarer une intention de fumer par rapport à ceux qui ont une plus faible vulnérabilité perçue. Enfin, les participants en bonne santé qui étaient

exposés à des pairs fumeurs déclaraient davantage une intention de fumer que ceux qui n'y étaient pas exposés ($p < 0.5$).

Pour conclure sur ces deux études qui sont les seules questionnant les consommations chez des jeunes patients atteints de cancer, nous pouvons retenir plusieurs éléments. Les résultats de ces études montrent que au cours du traitement anti-cancéreux il y a une diminution voire un arrêt, pour certaines substances (le cannabis en l'occurrence). L'étude de Bertrand et al. (2016) montrent que les participants qui poursuivent leur consommation à un mois du diagnostic sont dans l'ensemble plus âgés. L'originalité de cette étude était de confronter ces consommations avec la prise de morphinique ; les auteurs ont ainsi constaté que les forts consommateurs recevaient des morphiniques de pallier III, que la prescription était plus rapide mais que cette prise durait moins longtemps par rapport aux faibles consommateurs. On peut penser que les forts consommateurs stabilisent la douleur avec leur propre consommation, et également que les soignants se montraient plus réticents à leur donner des antalgiques.

Enfin, ces études soulignent l'importance d'être attentif à ces questions-là notamment dans l'impact que celle-ci peuvent avoir dans la prise en charge médicale.

A ce jour, nous n'avons pas trouvé d'études évaluant la prise de toxique chez les jeunes patients atteints de cancer et la manière dont ils s'adaptent à la maladie et aux traitements, ni sur comment la manière de traverser la maladie peut influencer ou non la prise de toxique ; ce qui nous amène à formuler la problématique et les objectifs qui vont suivre.

Problématique et objectifs de recherche

Au terme de cette revue de la littérature, il apparaît que la population des adolescents et des jeunes adultes atteints de cancer constitue une clinique à part dans le champ de l'oncologie. En effet, la maladie en elle-même ainsi que les traitements contre le cancer viennent bouleverser les projets en cours des jeunes patients. Aussi, ils remettent à plus tard certains projets professionnels ou scolaires, ou changent de voie après les traitements. De plus, les traitements viennent impacter le corps des adolescents et le développement pubertaire en cours avec notamment les effets secondaires de la chimiothérapie. Les jeunes font également face à des questions existentielles et sont, dans certains cas, très tôt confrontée à l'idée de mort. Les bouleversements engendrés par la maladie et les traitements interviennent à une période de vie, où d'emblée les adolescents sont déjà confrontés à des remaniements tant psychiques et physiques. Au-delà des remaniements bien à l'œuvre à l'adolescence ; les premières expérimentations en termes de substances licites ou illicites apparaissent également à cette période de vie. C'est également une période propice au développement des troubles des conduites alimentaires ainsi que de l'usage problématique d'internet, à travers les jeux vidéo notamment.

Aussi, en confrontant la période « normale » de l'adolescence, la maladie cancéreuse et la subjectivité de l'adolescent nous nous sommes demandés comment les adolescents, avec toutes les complexités qui les caractérisent à cette période, font face à la maladie et aux traitements ? Comment parviennent-ils à traverser simultanément la période des traitements et celle de l'adolescence, et comment ces deux événements impactent leur vie. Plus spécifiquement, nous nous interrogeons sur la place des consommations de tabac, alcool et cannabis dans cette période de vie et dans le contexte de la maladie ; ainsi que l'éventuelle apparition de troubles des conduites alimentaires ainsi que l'usage excessif d'internet. Aussi, nous nous demandons si la maladie pourrait engendrer ou majorer quelques consommations et comportements que ce soient ou au contraire, diminuer des consommations ou comportements auparavant existants.

La majeure partie des études qui se sont intéressées au vécu des jeunes patients malades en rémission ou guéris sont rétrospectives. Aussi, il nous a semblé intéressant de proposer un suivi longitudinal depuis le diagnostic pour répondre à une question clinique émanant des soignants qui prennent en charge ces patients.

Ainsi, par cette étude nous souhaitons à la fois rendre compte du vécu subjectif des adolescents atteints de cancer et de décrire la manière dont ils s'adaptent et consomment, ou non, de l'alcool, du tabac et du cannabis, et s'ils présentent des comportements problématiques. Il s'agit également d'observer l'interaction entre la qualité de leur adaptation, la symptomatologie anxio-dépressive et les conduites, en termes de consommations et de comportements.

Les objectifs de cette recherche sont :

- Décrire la vécu des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et ce au moment du diagnostic puis au cours du traitement
- Décrire la manière dont ils s'adaptent à la maladie et aux traitements
- Evaluer et décrire leur consommation de tabac, d'alcool et de cannabis, et les comportements liés à l'utilisation d'internet et à l'alimentation ; et s'interroger sur la dimension adaptative des consommations
- Repérer éventuellement des consommations à risque au cours de leur prise en charge médicale

Quatrième partie

Présentation des études empiriques

Chapitre 1 Méthodologie de l'étude quantitative

1. Participants

Soixante-six adolescents et jeunes adultes, pris en charge, et en cours de traitement ont été recrutés de manière systématique dans trois centres (Institut Curie, CHU de Nantes et Hôpital Gustave Roussy).

Critères d'inclusion :

- Personne recevant un diagnostic initial de cancer ; âgée entre 15 et 25 ans et maîtrisant la langue française
- Information du patient majeur, et signature du consentement éclairé du patient majeur
- Information au patient mineur et à son représentant légal, et signature du consentement éclairé du patient mineur et de son représentant légal

Critères de non inclusion :

- Présence d'un trouble psychiatrique modifiant le rapport à la réalité ou gênant la participation à l'étude,
- Prise en charge médicale difficile (comportement agressif avec l'équipe soignante, difficultés de communication avec la famille).

2. Procédure de recrutement et enregistrement des participants

Dans un premier temps, nous prenions connaissance des dossiers des nouveaux jeunes patients avec l'aide de l'équipe médicale et notamment des deux infirmières coordinatrices avec lesquelles nous évoquions régulièrement les patients. Au sein de l'institut Curie, nous avons présenté nous-même l'étude aux patients tandis qu'au CHU de Nantes, une attachée de recherche clinique s'est acquittée de cette tâche. A l'Hôpital Gustave Roussy l'infirmier coordonnateur présentait l'étude aux jeunes. Le recrutement s'est déroulé sur la période de décembre 2014 à décembre 2016.

Pour des raisons organisationnelles, nous avons rencontré les patients au cours de leur première hospitalisation pour le T1. Après vérification des critères d'inclusion et de non-inclusion nous avons présenté la recherche en la décrivant aux patients, comme une étude visant à décrire la manière dont les jeunes patients se sentaient dans ce contexte somatique, leurs éventuelles consommations, et la façon dont ils utilisaient internet et pouvaient être préoccupés par l'alimentation, si tel était le cas. Après cette présentation succincte de l'étude et l'accord du patient (et du représentant légal dans le cas de patient mineur), nous remettons la lettre d'information, le consentement éclairé ainsi que les questionnaires aux participants, en leur précisant qu'ils avaient du temps pour les remplir et que nous reviendrons les récupérer le lendemain ou dans la semaine, selon s'ils étaient hospitalisés quelques jours. Dans le cas où nous rencontrions les patients le jour de leur sortie, nous leur demandions de revenir avec les documents lors de leur prochaine hospitalisation. Dans de nombreux cas, ces mêmes patients ne revenaient pas avec les documents ; très souvent ils oubliaient de remplir les questionnaires et/ou de les ramener. Tous les participants ont été informés du caractère longitudinal de l'étude et du fait qu'ils seraient recontactés dans six mois pour la même passation. Seule une adresse mail a été demandée, avec l'accord des participants, afin de pouvoir les recontacter pour le T2. La présentation de l'étude aux jeunes, et aux représentants légaux (pour des patients mineurs) a reçu un accueil assez positif et un intérêt certain. Un seul parent a refusé que son enfant participe à cette étude.

Des numéros d'inclusion ont été attribués à tous participants afin de garantir l'anonymat et la confidentialité des données recueillies lors de l'étude. Tout au long de l'étude nous avons régulièrement consulté les dossiers médicaux sur le logiciel interne de l'Institut Curie, afin d'avoir les prochaines dates d'hospitalisation des jeunes patients, pour les rencontrer la première fois ou pour la passation du T2.

A T2 nous avons donc envoyé un e-mail avec des liens renvoyant directement aux questionnaires que nous avons hébergé sur un site en ligne (Eval&Go) afin que la passation au T2 soit plus simple pour les participants. Or, nous nous sommes vite rendus compte que ce système de relance n'était pas approprié pour poursuivre l'étude et avons perdu un grand nombre de participants. En effet, peu de participant ont répondu aux questionnaires en ligne. L'utilisation des e-mails est peut-être moins courante pour les personnes, de la tranche d'âge, que nous avons rencontré. Nous avons donc par la suite réfléchi à un système de relance plus fonctionnel en décidant de nous représenter physiquement, lors d'une hospitalisation, aux participants. Là encore, nous avons fait face à plusieurs refus ou à une absence de retour des questionnaires. Enfin, nous avons décidé d'envoyer un *texto* via la Hotline mise en place dans le service Adolescents et Jeunes Adultes et tenue à tour de rôle par les médecins ou les infirmières coordinatrices. Ce texto envoyé aux jeunes leur rappelait leur participation au T1 de l'étude et les informait qu'ils allaient recevoir par courrier l'ensemble des questionnaires pour la passation du T2 ainsi qu'une enveloppe pré-timbrée à retourner au secrétariat de l'Unité de Psycho Oncologie de l'Institut Curie où j'exerce en tant que psychologue. Nous avons, encore une fois, été surpris par le faible retour des questionnaires par courrier. La difficulté d'une étude longitudinale dans une population d'adolescents malades sera évoquée dans la discussion.

Nous n'avons pas mis en place de groupe contrôle au sein de ce travail de thèse dans la mesure où nous ne souhaitons pas comparer les types de consommations et de comportements chez les jeunes patients atteints de cancer et chez les jeunes patients atteints d'autres pathologies somatiques ou encore issus de la population générale (sans pathologie somatique). Dans ce cadre-là, nous nous sommes

intéressés à décrire, exclusivement, les consommations et les comportements chez les jeunes atteints de cancer et leur vécu.

Je me suis entretenue avec la technicienne d'études cliniques (TEC) du CHU de Nantes, en fin d'inclusion, afin d'avoir son retour sur la manière dont s'est passée la recherche au sein de l'hôpital et de connaître les démarches qu'ils ont fait dans l'inclusion des patients. Les inclusions n'ont pas été effectuées au sein du CHU d'Angers pour des raisons d'organisation et notamment l'absence d'un médecin.

A l'hôpital Enfant-Adolescent de Nantes, il n'y a pas d'unité AJA. Ainsi, les patients de moins de 18 ans sont pris en charge en pédiatrie tandis que les patients de plus de 18 ans sont pris en charge dans un service d'adulte. La TEC avec qui j'étais en contact s'occupait des patients pris en charge en pédiatrie, un médecin s'est acquitté de cette tâche pour les patients en service adulte. Aussi, pour l'ensemble des inclusions, le médecin présentait l'étude à chaque nouveau patient rentrant dans les critères d'inclusion. Après réception du consentement signé, la TEC a présenté l'ensemble des questionnaires aux patients. De la même manière, elle leur laissait le temps de répondre, leur proposant de repasser dans la journée ou de les remettre plus tard à l'infirmière coordinatrice. De plus, les infirmières coordinatrices ont joué un rôle important auprès de la TEC, lui précisant quand il y avait de nouveaux patients et le temps de leur traitement (pour la passation du T2). Un numéro d'inclusion était attribué à chaque patient pour la passation du T1. Nous constatons une plus grande inclusion au T2 dans ce centre de recrutement. La TEC se présentait physiquement auprès des patients pour leur proposer la seconde passation. Il lui est arrivé d'appeler deux patients et d'envoyer des courriers avec les questionnaires, que les patients ramenaient lors d'une consultation médicale.

Concernant l'accueil de l'étude, il n'y a pas eu semble-t-il de retours négatifs. L'attachée de recherche clinique n'a pas eu de difficultés particulières pour présenter l'étude. Toutefois, elle admet qu'il y a eu

une moindre inclusion en 2016 avec des changements institutionnels dans son service et une dynamique de travail à recréer.

Nous saluons la bonne collaboration avec l'équipe du CHU de Nantes avec laquelle je n'ai rencontré aucune difficulté pour discuter autour du projet et pour connaître leur avancée.

Les inclusions au sein de l'Hôpital Gustave Roussy ont été assez faibles pour des raisons d'organisation ; de la même manière je suis restée disponible auprès de l'infirmier coordonnateur afin de l'accompagner dans la démarche de cette étude.

3. Aspects éthiques

Tous les participants ont signé le consentement éclairé, ils ont également reçu la lettre d'information où il était stipulé qu'ils pouvaient à tout moment sortir de l'étude sans que cela ne retentisse sur leur prise en charge médicale. La liberté de participer à cette étude était également rappelée lors de la présentation de l'étude.

De plus, lorsque nous rencontrions les jeunes patients nous nous assurons de leur état somatique (fatigue, nausée), soit auprès des membres de l'équipe, soit du patient lui-même. Aussi, nous avons préféré attendre la première hospitalisation et quelques jours après l'arrivée des patients au sein de l'unité pour les rencontrer afin qu'ils aient le temps de prendre leurs repères. Enfin, nous leur assurons qu'ils pouvaient prendre le temps nécessaire pour remplir les questionnaires si toutefois ils avaient des effets secondaires liés aux différents traitements (douleurs, nausées, fatigue).

Ce projet a reçu un avis favorable du Conseil d'Evaluation Ethique pour les Recherches en Santé (CERES) de l'Université Descartes Paris 5 ; du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (cf annexes).

4. Outils d'évaluation

Le cahier d'observation comprenant l'ensemble des questionnaires remplis par les participants à T1 figure en annexe.

4.1 Données sociodémographiques et médicales

Les données sociodémographiques comprennent l'âge du participant, sa situation familiale actuelle (statut marital, lieu de vie et proche vivant sous le même toit), statut socio professionnel/ scolaire, nationalité (la nationalité a été demandée devant le caractère parfois international des prises en charge). Les données médicales comprennent la date de début de prise en charge, la localisation de la tumeur, la prise de médicaments (anti douleur, anxiolytique), la présence ou non d'une autre pathologie somatique et enfin si le participant avait déjà bénéficié d'une prise en charge pour anxiété ou dépression.

4.2 Variables d'adaptation

4.2.1 Les stratégies de coping

Le *Brief COPE* est une version abrégée du *COPE* (Carver, 1997 ; traduction française et validation : Muller & Spitz, 2003). Ce questionnaire mesure les stratégies de coping utilisées dans une approche dispositionnelle (coping-trait prenant en compte la manière dont les individus font face habituellement aux événements stressants de la vie) et situationnelle (coping-état prenant en compte la manière spécifique d'un individu de faire face à un événement particulier). Elle se compose de 14 échelles de 2 items chacune. Nous faisons figurer entre parenthèse les alphas de Cronbach des études de validation initiale (Carver, 1997) : 1) le coping actif (.68), 2) la planification (.73), 3) la recherche de soutien social instrumental (.64), 4) la recherche de soutien social émotionnel (.71), 5) l'expression des sentiments (.50), 6) le désengagement comportemental (.65), 7) la distraction (.71), 8) le blâme (.69),

9) la réinterprétation positive (.64), 10) l'humour (.73), 11) le déni (.54), 12) l'acceptation (.57), 13) la religion (.82), 14) l'utilisation de substances (.90).

Pour chaque items, les participants se positionnent sur une échelle de Likert à 4 points pour affirmer que chaque items est vrai pour eux (1= « pas du tout » ; 2= « de temps en temps » ; 3= « souvent » ; 4= « toujours »). Pour les besoins de l'étude nous avons choisi d'utiliser la version *état* de la *Brief Cope*, comme les auteurs le recommandent dans l'évaluation du coping lors d'un événement particulier, tel qu'une maladie grave (Muller & Spitz, 2003).

Afin de discuter les résultats des stratégies de coping, nous emprunterons la classification de Doron et al. (2014) qui hiérarchise les 14 facettes de la *Brief COPE* en cinq grandes dimensions distinctes. Aussi, les facettes de désengagement comportemental, le blâme, le déni, et l'utilisation de substance sont catégorisées dans la dimension évitement. La dimension restructuration cognitive comprend les facettes suivantes : réinterprétation positive, l'humour et l'acceptation. La résolution du problème comporte les facettes de coping actif et de planification. La dimension distraction comporte, elle, les facettes de distraction et d'expression des sentiments. Enfin, la dimension recherche de soutien comprend la recherche de soutien social instrumental et émotionnel ainsi que le coping religion (Doron et al., 2014).

Nous avons choisi d'utiliser cet outil car sa passation est rapide et qu'il est largement utilisé dans la littérature en cancérologie.

4.2.2 Symptomatologie anxio-dépressive

Le *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond et Snaitg, 1981 ; Traduction française : Lepine, Godchau, & Brun, 1985 ; validation dans la population des adolescents: White, Leach, Sims, Atkinson, & Cottrell, 1999) a été élaboré afin d'évaluer la symptomatologie anxieuse et dépressive chez des patients atteints d'une pathologie somatique. L'intérêt de ce questionnaire est d'écarter les symptômes

somatiques susceptibles de fausser l'évaluation et la compréhension de la symptomatologie anxio-dépressive. Ce questionnaire se constitue en deux parties : la première est consacrée à l'évaluation des symptômes anxieux ; cette partie est constituée de 7 items. La seconde partie permet d'évaluer la présence de symptômes dépressifs. Cette partie est également composée de 7 items. Pour chaque item il existe quatre modalités de réponses possibles, codées de 0 à 3. Concernant la cotation, plus les scores sont élevés plus la symptomatologie est élevée.

Ainsi, pour les deux sous-scores, les seuils sont les suivants : de 0 à 7 absence de trouble anxieux ou dépressif, de 8 à 10 troubles anxieux ou dépressifs suspectés et de 11 à 21 troubles anxieux ou dépressifs avérés. Concernant les scores globaux les seuils correspondent à : de 0 à 14 : absence de trouble anxio-dépressif et de 15 à 42 : existence de trouble anxio-dépressif. La consistance interne de l'outil est plutôt satisfaisante. L'alpha de Cronbach varie, selon les études, de .79 à .90 pour la sous-échelle de l'anxiété et de .79 à .90 pour la sous échelle de dépression.

4.3 Variables de consommations

4.3.1 Consommation d'alcool

L'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (Barry, 1993 ; Adewuya, 2005 ; Traduction et validation française: Gache et al., 2005), est un instrument développé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il explore les douze derniers mois de la vie du sujet concernant sa consommation d'alcool. Les items de l'*audit* ont été construits pour aider à la détection des personnes dont le mode de consommation risque d'entraîner des dommages dans l'avenir, et des personnes pour lesquelles la consommation entraîne déjà des problèmes. Les cut-off scores se répartissent ainsi : pour les hommes un score compris entre 0 et 6 indique une absence de problème lié à l'alcool ; un score compris de 7 à 12 une consommation excessive ; et plus de 13 une probable dépendance à l'alcool. Pour les femmes : un score compris entre 0 et 5 indique une absence de problème lié à l'alcool, entre 6 et 13 une consommation excessive et un score au-dessus de 13 une probable dépendance à l'alcool. Les qualités psychométriques de ce

questionnaire sont satisfaisantes (α de Cronbach = .87). Nous avons choisi d'utiliser ce questionnaire car il est assez complet et permet un repérage précoce de l'usage excessif de l'alcool.

4.3.2 Consommation de tabac

Le *Questionnaire de Comportements Tabagiques* (Gilliard, Bruchon-Schweitzer, & Cousson-Gelie, 2000) est composé de 28 items, permettant de dresser le profil psychosocial de chaque fumeur. Pour chaque dimension, nous faisons figurer entre parenthèses les alphas de Cronbach : la dépendance (.84), la dimension sociale (.71), la régulation des affects négatifs (.81), et la recherche de plaisir (.55). Pour chaque item il existe quatre modalités de réponse codées de 0 à 3 (0= « pas du tout », 1= « plutôt non », 2= « plutôt oui », 3= « tout à fait »). Pour les dimensions dépendance, régulation des affects négatifs et la recherche de plaisir un score inférieur à 10 définit un risque faible de consommation pour chacune de ces trois dimensions ; un score compris entre 10 et 15 définit un risque modéré et enfin un score supérieur à 15 définit un risque élevé. Pour la dimension sociale, un score inférieur à 2 définit un risque faible de consommation pour cette dimension ; un score compris entre 2 et 5 définit un risque modéré et enfin un score supérieur à 5 définit un risque élevé. L'intérêt d'utiliser cet outil est de mieux comprendre à la fois le profil des fumeurs et le sens de cette consommation.

4.3.3 Consommation de cannabis

Le *Cannabis Abuse Screening Test* (Validation française: Legleye, Karila, Beck, & Reynaud, 2007 ; validation dans la population des adolescents : Legleye, Piontek, & Kraus, 2011) a été élaboré par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies à partir de données de la littérature. Ce questionnaire permet d'identifier les aspects de l'usage nocif du cannabis sur les douze derniers mois. Le questionnaire est composé de 6 items qui peuvent être cotés de 0 à 4 (0= « jamais » ; 1= « rarement » ; 2= « de temps en temps » ; 3= « assez souvent » ; 4= « très souvent »). Un score total de 4 voire plus signale une dépendance probable. Nous avons choisi d'utiliser cet outil car sa passation

est rapide et qu'elle permet d'explorer les dimensions sociétales, cognitives, comportemental et physiologiques liée à l'utilisation du cannabis et ce, sur une période de 12 mois.

4.4 Variables d'addictions comportementales

4.4.1 Internet

l'Internet Addiction Test (Traduction et validation française: Khazaal et al., 2008 ; Young & Case, 2004) se présente comme un test de dépistage de la dépendance à internet. Il permet notamment de rendre compte du temps passé sur internet et des éventuels impacts que ce temps entraîne sur les différents domaines de vie. Ce questionnaire se compose de 20 items. Les réponses sont cotées de 1 à 5 (1= rarement ; 2= occasionnellement ; 3= parfois ; 4= souvent ; 5= toujours). L'interprétation des scores globaux correspond à : un score inférieur à 49 souligne qu'un individu contrôle l'utilisation d'internet et que celle-ci n'a pas d'impact sur sa vie ; un score compris entre 50 et 79 révèle un usage problématique d'internet avec de possibles conséquences sur la vie du sujet ; enfin, un score supérieur à 80 montre un usage problématique d'internet avec de sévères conséquences sur la vie du sujet. La fiabilité interne de ce questionnaire est excellente (α de Cronbach = .93)

4.4.2 Les conduites alimentaires

L'Eating Attitudes Test - 26 (Garner et al., 1982 ; traduction française (Québec) et validation : :Leichner et al., 1994 ; Garner, 2010) est un questionnaire de dépistage des troubles alimentaires. Les 26 items évaluent les émotions, opinions et comportements en rapport avec la nourriture. Ce questionnaire comprend 3 sections de dépistage telles que : la diète, la boulimie et le contrôle oral. Le système de cotation est le suivant : pour les questions 1 à 25 les réponses sont cotées de toujours à jamais (toujours=3 ; habituellement=2 ; souvent=1 ; parfois=0 ; rarement=0 ; jamais=0) ; enfin la question 26 est cotée de manière inversée : toujours, habituellement et souvent sont cotés 0 alors que parfois=1 ; rarement=2 et jamais=3. Un score supérieur à 20 indique une préoccupation à

l'égard du poids, de l'alimentation et de la silhouette. Un score inférieur à 20 indique un moindre risque de présenter un trouble des conduites alimentaires. Toutefois ces scores sont à prendre avec prudence dans la mesure où ce questionnaire se définit comme un test de dépistage. Il ne remplace donc pas un entretien psychiatrique avec un spécialiste des troubles alimentaires. L'EAT est l'outil le plus communément utilisé pour le dépistage des troubles des conduites alimentaires. Toutefois, comme la majorité des outils disponibles pour évaluer ces problématiques, l'EAT-26 n'est pas adapté à la population masculine dans la mesure où il porte essentiellement sur la minceur et non sur la musculature. Nous tiendrons compte de cette limite dans notre interprétation.

5. Objectifs et hypothèses de l'étude quantitative

Cette étude prospective a pour objectifs :

- 1 De décrire les consommations de tabac, d'alcool, et de cannabis ainsi que l'utilisation problématique d'internet et les préoccupations excessives concernant l'alimentation,
- 2 De décrire l'ajustement des adolescents et des jeunes adultes atteints de cancer et en cours de traitements,
- 3 D'observer les possibles variations d'ajustement entre le temps 1, au moment du diagnostic, et le temps 2 (environ 6 mois après le diagnostic) dans cette même population,

En nous appuyant sur la littérature antérieure et notamment sur les études prenant en compte le vécu des adolescents et des jeunes adultes atteints de cancer, et considérant la période charnière dans laquelle ils se trouvent, nous formulons plusieurs hypothèses :

- Les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et en cours de traitement présentent une moindre consommation de substances par rapport à la population générale,
- Les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer font d'internet un usage excessif au cours de leur traitement,
- Les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer sont préoccupés par l'alimentation,
- Concernant l'adaptation émotionnelle, compte tenu de la période au cours de laquelle nous interrogeons les jeunes patients, on peut s'attendre à ce qu'ils présentent une symptomatologie anxio-dépressive,
- Enfin, concernant l'ajustement à la maladie et compte tenu de la tranche d'âge dans laquelle ils se trouvent, nous posons l'hypothèse qu'ils font davantage recours à des stratégies comportementales telles que la distraction, l'action ou encore la planification.

Hypothèse opérationnalisée 1 : Les scores aux échelles de consommations de tabac d'alcool et de cannabis des participants de notre étude seront inférieurs à la population générale

Hypothèse opérationnalisée 2 : Une majorité de participants auront des scores élevés (> 50) à l'IAT

Hypothèse opérationnalisée 3 : Une majorité de participant présenteront des scores élevés (> 20) à l'EAT-26

Hypothèse opérationnalisée 4 : Une majorité de participants présenteront une symptomatologie anxio-dépressive (> 8) à la HADS

Hypothèse opérationnalisée 5 : La majorité des participants présenteront des stratégies de coping de type action, distraction et planification à la BRIEF-COPE

6. Analyses statistiques

Il n'existe pas de distribution normale dans nos données, nous avons donc effectué des analyses non paramétriques (Test de Kolmogorov-Smirnov et Shapiro Wilk significatifs) afin de décrire les consommations et les comportements chez les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer ainsi que leur ajustement émotionnel. Pour répondre à notre premier objectif de recherche qui était de décrire les consommations ainsi que les comportements chez les AJAs, nous avons ainsi créé deux échantillons indépendants : ceux qui déclarent consommer et ceux présentant des comportements problématiques, et ceux ne présentant pas ni consommations, ni comportements problématiques. Nous avons ainsi mené un test de Mann-Whitney et un Test du Chi² pour comparer les proportions individuelles dans un tableau d'effectifs de variables catégorielles. Enfin, nous avons effectué un modèle linéaire généralisé (Chi² de Wald) avec l'estimation de la vraisemblance maximum, afin de tester l'effet d'interaction entre les consommations et les comportements d'une part et la détresse psychologique d'autre part. L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS 18.

Afin de comparer nos données au temps 2 à celui du temps 1, nous avons effectué un test de Wilcoxon.

Chapitre 2. Résultats quantitatifs

1. Description globale de l'échantillon à T1

1.1 Description sociodémographique et clinique

Soixante-six adolescents et jeunes adultes ont répondu aux questionnaires (32 garçons, 34 filles, âge moyen : 18.5 ; SD=3.11). La majorité des participants (42,4%) âgés de 16 à 17 ans sont actuellement au lycée. La grande majorité des participants (60,6%) vivent en Ile-de-France. Les pathologies cancéreuses les plus rencontrées, dans cet échantillon, sont les sarcomes des tissus mous (22,7%), les lymphomes (19,7%) et les ostéosarcomes (19,7%), ce qui correspond aux données de la littérature pour cette tranche d'âge. Enfin, plus de la moitié des participants ont été inclus à plus d'un mois du diagnostic (53%). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques apparaissent au Tableau 1.

Tableau 1. Données sociodémographiques et cliniques de l'échantillon à T1 (N=66)

Variables	N	%	M	SD
Genre				
<i>Garçons</i>	32	48,5%		
<i>Filles</i>	34	51,5%		
Age			18,5	3,11
Situations socio-professionnelle/ étude				
<i>Collège</i>	2	3,0%		
<i>Lycée</i>	34	51,5%		
<i>Etudes supérieures</i>	12	12,2%		
<i>Activité professionnelle</i>	9	13,6%		
Données manquantes	9	13,6%		
Lieu de vie				
<i>Ile de France</i>	40	60,6%		
<i>Pays de la Loire</i>	12	18,2%		
<i>Autre</i>	3	4,5%		
<i>Etranger</i>	2	3,0%		
Données manquantes	9	13,6%		
Type de cancer				
<i>Sarcome des tissus mous</i>	15	22,7%		
<i>Tumeurs épithéliales</i>	1	1,5%		
<i>Leucémie</i>	2	3,0%		
<i>Lymphome</i>	13	19,7%		
<i>Tumeur système nerveux central</i>	7	10,6%		
<i>Tumeur germinale</i>	8	12,1%		
<i>Sein</i>	3	4,5%		
<i>Ostéosarcome</i>	13	19,7%		
Données manquantes	4	6,1%		
Ancienneté du diagnostic lors de la passation à T1				
<i>Moins d'un mois</i>	21	26,8%		
<i>Plus d'un mois</i>	35	53,0%		
Données manquantes	10	15,2%		

1.2 Consommations de substances, utilisation d'internet et préoccupations alimentaires

Concernant les comportements à risque, la conduite la plus fréquente est l'usage problématique d'internet (19,5%). Au niveau des consommations de substances, la consommation de tabac est la plus représentée (au total 16,5%). Au total, 23 individus (41,8%) de l'échantillon présentent au moins une conduite à risque. Le tableau 2 synthétise les résultats liés aux évaluations de l'utilisation d'internet et des préoccupations alimentaires ainsi que des consommations d'alcool, de cannabis et de tabac.

Tableau 2. Répartition de la population selon les cut-off établis pour l'ensemble des variables qui évaluent les consommations de substances et les comportements problématiques

Outils évaluant les consommations de substances et les comportements problématiques	N(%)
<i>IAT- Usage problématique d'internet (NA=6)</i>	15 (19,5%)
<i>EAT- Préoccupation excessive pour le poids et risque de développer un trouble des conduites alimentaires (NA=4)</i>	6 (9,1%)
<i>AUDIT- Consommation nocive d'alcool</i>	4 (6,0%)
<i>AUDIT- Probable dépendance à l'alcool</i>	2 (3,0%)
<i>CAST- Risque élevé de dépendance au cannabis</i>	3 (4,5%)
<i>QCT2- Dépendance au tabac</i>	1 (1,5%)
<i>QCT2- Consommation de tabac pour la dimension sociale</i>	3 (4,5%)
<i>QCT2- Consommation de tabac pour la régulation des affects négatifs</i>	3 (4,5%)
<i>QCT2- Consommation de tabac pour la recherche de plaisir</i>	4 (6,0%)

Note : NA= données manquantes

Tableau 3. Effectif des participants présentant au moins une consommation ou un comportement problématique

Conduites à risque ≥ 1	Effectifs	Pourcentage
NON	36	54,5
OUI	24	36,4
Total (NA=6)	60	100,0

Un test de Mann-Whitney indique qu'il existe un lien significatif entre la situation socio-professionnelle et le fait de présenter des consommations ou des comportements problématiques. Aussi, les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer qui sont au lycée sont plus à risque de consommer que ceux qui font des études supérieures. Concernant les autres variables sociodémographiques il n'apparaît pas de différence. Les participants présentant des consommations ou des comportements problématiques sont plus âgés (19,7 ans) que ceux n'en présentant pas (17,9 ans). Cette différence est significative ($U= 294,500$; $p < 0,05$). L'ensemble des résultats sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4. Différences de distribution par groupe avec et sans conduites à risque

Variables catégorielles		n	Conduites à	Sans conduite à	Chi ²	p
			risque (n=24)	risque (n=36)		
Genre					0,00	1,000
	<i>Homme</i>	32	60%	40%		
	<i>Femme</i>	34	60%	40%		
Situation étudiante					12,45	0,006
	<i>Collège</i>	2	50%	50%		
	<i>Lycée</i>	34	73,5%	26,5%		
	<i>Études supérieures</i>	13	16,7%	83,3%		
	<i>Activité professionnelle</i>	8	71,4%	28,6%		
Région					4,27	0,234
	<i>Ile-de-France</i>	40	63,2%	36,8%		
	<i>Pays de la Loire</i>	12	66,7%	33,3%		
	<i>Autre</i>	3	33,3%	66,7%		
	<i>Étranger</i>	2	0%	100%		
Temps de traitement					0,50	0,777
	<i>0-1 mois</i>	21	55%	45%		
	<i>1-12 mois</i>	32	64,5%	35,5%		
	<i>plus de 12 mois</i>	3	66,7%	33,3%		
Type de cancer					12,6	0,128
	<i>Sarcome des tissus mous</i>	15	68,5%	31,5%		
	<i>tumeur épithéliale</i>	1	0%	100%		
	<i>leucémie</i>	2	50%	50%		
	<i>lymphome</i>	13	66,7%	33,3%		
	<i>Tumeur du système nerveux centre</i>	7	16,7%	83,3%		
	<i>gynécologique</i>	8	85,7%	14,3%		
	<i>sein</i>	3	33,3%	66,7%		
	<i>ostéosarcome</i>	13	58,3%	41,7%		
Variable continue			M (SD)	M (SD)	U	p
Âge			19,79 (2,86)	17,91 (3,23)	294,50	0,036

1.3 Symptomatologie anxio-dépressive

Environ 13% des participants présentent un trouble anxieux suspecté, et 10,6% des participants présentent un trouble dépressif suspecté, si on retient le cut-off de 8. Trois pourcent des participants présentent un trouble dépressif avéré, et 16,6% trouble anxieux avéré, si on retient le cut-off de 11. On observe une différence significative en fonction du genre, les filles présentant plus de symptomatologie anxieuse ($p = .014$). Par la suite, pour évoquer la symptomatologie suspectée et avérée, nous emploierons le terme de *détresse psychologique*. Le tableau 5 synthétise les résultats liés à l'adaptation émotionnelle des participants.

Tableau 5. Scores moyens à la HADS (N=66)

	Troubles anxieux ou dépressifs avérés (%) ¹	Troubles anxieux ou dépressifs suspectés (%) ²	M(SD)	Garçons M(SD)	Filles M(SD)
<i>Symptomatologie dépressive</i>	3,0%	10,6%	4,20 (3,01)	3,66 (2,82)	4,71 (3,12)
<i>Symptomatologie anxieuse</i>	16,6%	13,6%	6,04 (3,71)	4,90 (3,16)*	7,11 (3,89)*

Note : Test-t significatifs, $p < .05$

1.4 Style de coping

Un Test de Mann-Whitney montre que les stratégies de coping utilisées de manière préférentielle sont : le coping réinterprétation positive, le coping acceptation, le coping distraction et la recherche de soutien social émotionnel. Pour ce dernier, on observe une différence significative en fonction du genre, les filles utilisent davantage cette stratégie de coping ($p = .019$). De même on observe une différence significative en fonction du genre sur certaines stratégies. Les filles utilisent davantage les stratégies suivantes : recherche de soutien social instrumental, expression des sentiments et

¹ Cut-off établi à 11

² Cut-off établi à 8

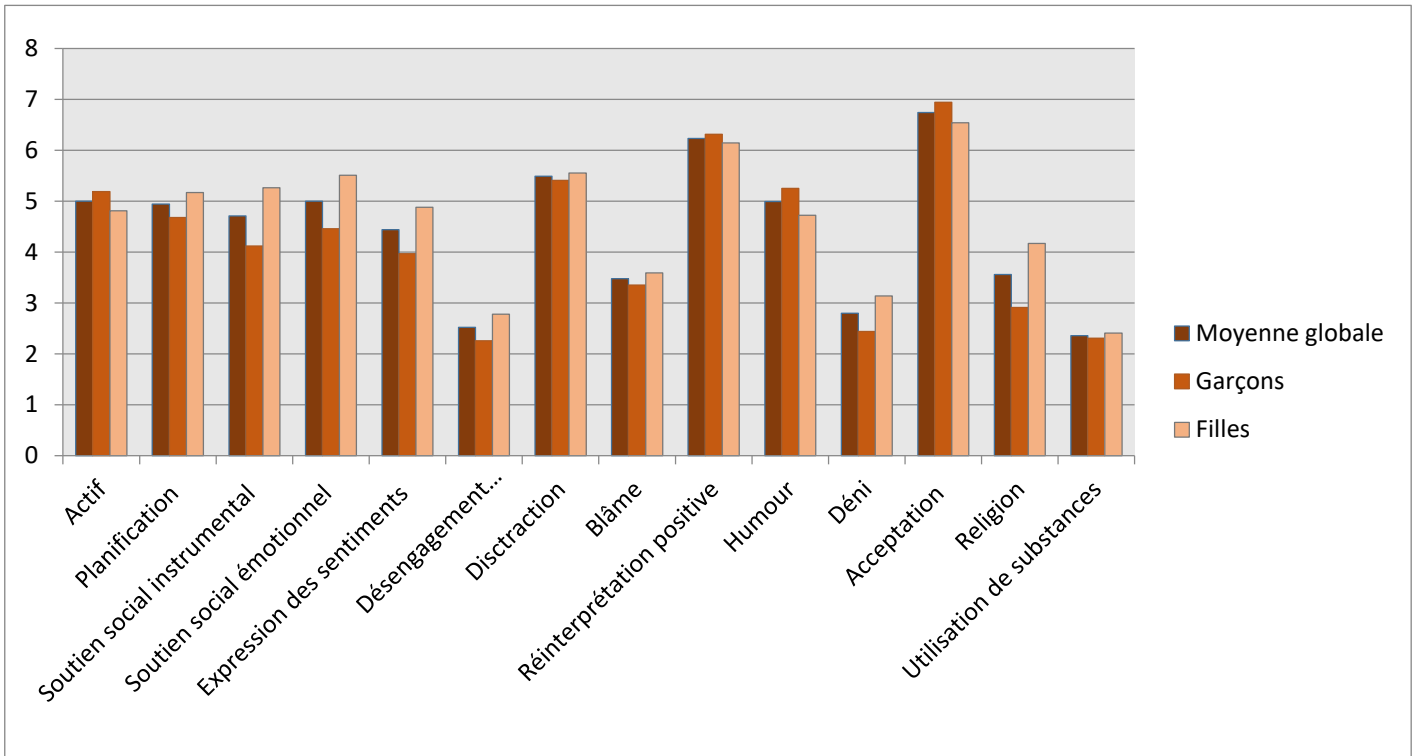
désengagement comportemental. Le tableau 6 synthétise les résultats liés aux stratégies de coping des participants.

Tableau 6. Stratégies de coping en fonction du genre

Stratégies de coping (Brief-COPE)	M(SD)	Garçons M(SD)	Filles M(SD)
<i>Coping actif</i>	5,00 (1,67)	5,19 (1,59)	4,81 (1,74)
<i>Coping planification</i>	4,94 (1,88)	4,68 (2,02)	5,17 (1,73)
<i>Coping recherche de soutien social instrumental</i>	4,71 (1,59)	4,12 (1,60)**	5,26 (1,37)**
<i>Coping recherche de soutien social émotionnel</i>	5,00 (1,79)	4,46 (1,83)*	5,51 (1,60)*
<i>Coping expression des sentiments</i>	4,44 (1,73)	3,97 (1,73)*	4,88 (1,62)*
<i>Coping désengagement comportemental</i>	2,52 (0,84)	2,26 (0,51)*	2,78 (1,00)*
<i>Coping distraction</i>	5,49 (1,51)	5,41 (1,72)	5,55 (1,30)
<i>Coping blâme</i>	3,48 (1,50)	3,35 (1,51)	3,59 (1,49)
<i>Coping réinterprétation positive</i>	6,23 (1,51)	6,31 (1,65)	6,14 (1,37)
<i>Coping humour</i>	4,99 (1,92)	5,25 (2,00)	4,72 (1,82)
<i>Coping déni</i>	2,80 (1,49)	2,44 (1,01)	3,14 (1,78)
<i>Coping acceptation</i>	6,74 (1,24)	6,94 (1,34)	6,54 (1,12)
<i>Coping religion</i>	3,56 (2,22)	2,91 (1,87)*	4,17 (2,36)*
<i>Coping utilisation de substances</i>	2,36 (1,03)	2,31 (0,73)	2,41 (1,25)

Note : Test-t significatifs, *p<.05 ; **p<.01

Figure 4. Les stratégies de coping utilisées en fonction du genre



2. Regard croisé entre les variables de conduites à risque, de détresse psychologique et de stratégies de coping

2.1 Relation entre les conduites à risque et la détresse psychologique

Dans notre échantillon, 18,3% des participants présentaient à la fois une détresse psychologique (en termes de symptomatologies anxio-dépressive) et des consommations et des comportements problématiques, 18,3% présentaient de la détresse sans consommation ni comportement problématique, 21,7% présentaient des consommations et des comportements problématiques sans détresse psychologique et enfin, 41,7% ne présentaient ni consommation et comportement problématique, ni détresse psychologique. Cependant les analyses statistiques montrent qu'il n'existe pas de lien entre détresse psychologique et conduites à risque ($Khi^2 = 1,447$; $p = 0,229$ donc non significatif).

2.2 Relation entre les conduites à risque et les stratégies de coping

Un test de Mann-Whitney indique qu'il existe une différence significative entre les participants déclarant des conduites à risque et ceux n'en présentant pas, sur la manière d'utiliser le coping de recherche de soutien social émotionnel ($U=281,500$; $p<0,05$), sur le coping blâme ($U=290,000$; $p<0,05$) et enfin sur le coping d'utilisation de substance ($U= 315,500$; $p<0,01$). Les participants déclarant des consommations et des comportements problématiques ont tendance à utiliser davantage le coping de recherche de soutien émotionnel, le coping blâme et le coping utilisation de substance. Les résultats globaux sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7. Comparaison des scores de stratégies de coping en fonction des conduites à risque

	Conduites à risque (N=24)	Sans conduites à risque (N=36)	<i>P</i>
	M (SD)	M(SD)	
Coping actif	4,91 (1,50)	5,03 (1,79)	0,736
Coping planification	4,87 (1,94)	4,88 (1,92)	0,963
Coping recherche de soutien social instrumental	5,00 (1,58)	4,52 (1,64)	0,186
Coping recherche de soutien social émotionnel	5,62 (1,61)	4,62 (1,83)	0,030
Coping expression des sentiments	4,91 (1,81)	4,36 (1,67)	0,180
Coping désengagement comportemental	2,75 (2,52)	2,36 (1,83)	0,056
Coping distraction	5,58 (1,76)	5,41 (1,25)	0,164
Coping blâme	4,13 (1,86)	3,16 (1,13)	0,047
Coping réinterprétation positive	6,16 (1,40)	6,13 (1,49)	0,982
Coping humour	4,91 (2,08)	4,91 (1,82)	0,956
Coping déni	3,16 (1,63)	2,69 (1,47)	0,083
Coping acceptation	6,33 (1,34)	6,88 (1,18)	0,100
Coping religion	3,58 (2,16)	3,02 (1,81)	0,238
Coping utilisation de substances	2,75 (1,39)	2,16 (0,73)	0,007

2.3 Relation entre la détresse psychologique et les stratégies de coping

Il existe une différence significative entre les participants présentant une détresse psychologique et ceux n'en présentant pas, sur la manière d'utiliser certaines stratégies de coping. Les participants présentant une détresse psychologique ont tendance à utiliser davantage le coping recherche de soutien social instrumental ($U=309,500$; $p<0,05$), la recherche de soutien social émotionnel ($U=230,500$; $p<0,001$), l'expression des sentiments ($U=333,500$; $p<0,05$), le désengagement comportemental ($U=275,500$; $p<0,01$).

Au contraire, les participants ne présentant pas de détresse psychologique ont tendance à utiliser davantage le coping de réinterprétation positive ($U=300,000$; $p<0,01$) et le coping acceptation ($U=294,000$; $p<0,01$). L'ensemble des résultats sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8. Comparaison des scores de stratégies de coping en fonction de la détresse psychologique

	Avec détresse psychologique (N=23)	Sans détresse psychologique (N=43)	<i>P</i>
	M (SD)	M(SD)	
Coping actif	4,59 (1,43)	5,20 (1,75)	0,134
Coping planification	5,04 (1,71)	4,88 (1,97)	0,738
Coping recherche de soutien social instrumental	5,30 (1,22)	4,39 (1,67)	0,011
Coping recherche de soutien social émotionnel	6,04 (1,46)	4,46 (1,70)	0,001
Coping expression des sentiments	5,04 (1,66)	4,11 (1,69)	0,028
Coping désengagement comportemental	2,90 (0,92)	2,31 (0,72)	0,002
Coping distraction	5,43 (1,19)	5,51 (1,66)	0,572
Coping blâme	3,86 (1,69)	3,26 (1,36)	0,161
Coping réinterprétation positive	5,60 (1,19)	6,55 (1,56)	0,007
Coping humour	4,500 (1,89)	5,23 (1,90)	0,146
Coping déni	3,34 (1,96)	2,51 (1,07)	0,080
Coping acceptation	6,27 (1,12)	6,97 (1,24)	0,010
Coping religion	2,33 (3,56)	3,32 (2,14)	0,185
Coping utilisation de substances	2,17 (0,49)	2,46 (1,22)	0,604

2.4 Utilisation des stratégies de coping en fonction de l'interaction entre la détresse psychologique et les conduites à risque

Chez les participants présentant des conduites à risque, il existe peu de différences significatives dans l'utilisation du coping en fonction de la présence ou non de détresse psychologique. Seule l'utilisation du coping actif est davantage utilisé chez les participants ne présentant pas de détresse psychologique ($U= 36,500$; $p < 0,05$).

Chez les participants ne présentant pas de conduites à risque, il existe des différences significatives entre les stratégies de coping utilisées en fonction de la présence ou de l'absence de détresse psychologique. Aussi, les participants présentant une détresse psychologique ont tendance à utiliser davantage le coping recherche de soutien social instrumental ($U= 102,000$; $p < 0,05$) ainsi qu'émotionnel ($U= 67,500$; $p < 0,01$) et le coping expression des sentiments ($U= 105,00$; $p < 0,05$). *A contrario*, les participants ne présentant pas de détresse psychologique utiliseront davantage le coping réinterprétation positive ($U= 102,000$; $p < 0,05$).

Enfin, quelles que soient les conduites à risque, on remarque que les stratégies de coping de soutien social émotionnel (Chi^2 de Wald= 578,025 ; $p < 0,01$), de désengagement comportemental (Chi^2 de Wald= 698,519 ; $p < 0,01$) et de blâme (Chi^2 de Wald= 351,133 ; $p < 0,05$) sont plus utilisées chez les personnes présentant une détresse psychologique. Enfin la stratégie de coping « utilisation de substance » est plus utilisée chez les personnes ne présentant pas de détresse psychologique (Chi^2 de Wald= 335,612 ; $p < 0,01$). L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau 9.

Tableau 9. Comparaisons des stratégies de coping utilisées en fonction de la détresse psychologiques et des conduites à risque

Brief Cope	Conduites à risque		Comparaison avec ou sans DET-P	Sans conduite à risque		Comparaison avec ou sans DET-P	Interaction entre CR et DET-P
	Avec DET-P M(SD)	Sans DET-P M(SD)	<i>p</i>	Avec DET-P M(SD)	Sans DET-P M(SD)	<i>p</i>	<i>p</i>
<i>Coping actif</i>	4,27 (1,27)	5,50 (1,57)	0,041	5,00 (1,58)	5,09 (1,88)	0,739	0,340
<i>Coping planification</i>	4,54 (2,01)	5,16 (1,99)	0,459	5,44 (1,42)	4,74 (2,90)	0,263	0,454
<i>Coping recherche de soutien social instrumental</i>	5,27 (1,00)	4,75 (2,05)	0,459	5,44 (1,33)	4,26 (1,74)	0,030	0,190
<i>Coping recherche de soutien social émotionnel</i>	6,09 (1,30)	5,41 (1,73)	0,228	5,78 (1,72)	4,17 (1,77)	0,003	0,002
<i>Coping expression des sentiments</i>	5,18 (1,89)	4,75 (1,86)	0,531	5,44 (1,23)	4,13 (1,24)	0,037	0,217
<i>Coping désengagement comportemental</i>	3,09 (1,04)	2,33 (0,49)	0,150	2,66 (0,70)	2,17 (0,57)	0,058	0,003
<i>Coping distraction</i>	5,64 (1,36)	6,17 (2,08)	0,303	5,33 (0,87)	5,52 (1,38)	0,880	0,571

<i>Coping blâme</i>	4,54 (1,97)	3,75 (1,76)	0,379	3,22 (1,20)	3,21 (1,20)	0,698	0,040
<i>Coping réinterprétation positive</i>	5,73 (1,42)	6,58 (1,38)	0,186	5,33 (1,00)	6,61 (1,59)	0,030	0,062
<i>Coping humour</i>	4,18 (2,04)	5,42 (2,02)	0,119	4,22 (1,30)	5,04 (1,87)	0,695	0,303
<i>Coping déni</i>	3,72 (1,79)	2,67 (1,44)	0,150	3,33 (2,40)	2,47 (0,99)	0,731	0,129
<i>Coping acceptation</i>	6,09 (0,94)	6,75 (1,48)	0,252	6,22 (1,30)	7,17 (0,89)	0,124	0,103
<i>Coping religion</i>	4,27 (2,33)	3,08 (1,97)	0,150	2,89 (2,02)	2,96 (1,74)	0,773	0,212
<i>Coping utilisation de substances</i>	2,18 (0,40)	3,17 (1,80)	0,134	2,22 (0,67)	2,17 (0,83)	0,815	0,007

Note. DET-P = Détresse psychologique ; CR= Conduites à risque

3. Comparaison descriptive entre T1 (au moment du diagnostic) et T2 (6 mois après le diagnostic)

Afin d'effectuer des comparaisons de moyenne entre les résultats de T1 (N=66) et du T2 (N=20), nous avons réalisé un test de Wilcoxon. Le faible taux de réponse au T2 peut s'expliquer par, entre autres, le décès de certains patients (3%), les perdus de vue (23%) et les non-réponses pour d'autres (41%).

Les analyses statistiques montrent dans l'ensemble qu'il n'existe pas de différence significative entre le T1 et le T2 au niveau des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis et également au niveau de l'utilisation d'internet des préoccupations alimentaires.

Toutefois, il existe une différence significative entre la symptomatologie anxio-dépressive déclarée à T1 et à T2. En effet, il apparait une moindre symptomatologie dépressive à T2 ($Z = -2,142$; $p < 0,05$) ainsi qu'une moindre anxiété ($Z = -2,005$; $p < 0,05$). L'ensemble des résultats est mentionné dans le tableau 10.

Tableau 10. Comparaison de la symptomatologie anxio-dépressive, des consommations et comportements problématiques, et des stratégies de coping entre T1 et T2

	Moyenne à T1	Moyenne à T2	Test de Wilcoxon
			<i>P</i>
<i>Symptomatologie anxieuse</i>	6,04	3,82	0,045
<i>Symptomatologie dépressive</i>	4,19	3,41	0,032
<i>Dépendance à internet</i>	41,12	40,50	0,776
<i>Conduites alimentaires</i>	7,48	8,06	0,392
<i>Consommation d'alcool</i>	2,33	1,76	0,380
<i>Consommation de cannabis</i>	0,94	0,53	0,596
<i>Consommation de tabac pour la dépendance</i>	1,44	2,65	0,394

<i>Consommation de tabac pour la dimension sociale</i>	0,67	1,00	0,168
<i>Consommation de tabac pour réguler des affects négatifs</i>	1,97	2,88	0,343
<i>Consommation de tabac pour rechercher du plaisir</i>	2,80	3,00	0,475
<i>Coping actif</i>	5,00	5,35	0,164
<i>Coping planification</i>	4,94	4,65	0,812
<i>Coping recherche de soutien social instrumental</i>	4,71	4,41	0,789
<i>Coping recherche de soutien social émotionnel</i>	5,00	5,00	0,299
<i>Coping expression des sentiments</i>	4,44	4,35	0,715
<i>Coping désengagement comportemental</i>	2,53	2,65	0,388
<i>Coping distraction</i>	5,48	5,35	0,392
<i>Coping blâme</i>	3,48	3,06	0,071
<i>Coping réinterprétation positive</i>	6,23	6,06	0,729
<i>Coping humour</i>	4,98	4,35	0,726
<i>Coping déni</i>	2,80	4,35	0,726
<i>Coping acceptation</i>	6,74	6,88	0,943
<i>Coping religion</i>	3,56	2,76	0,855
<i>Coping utilisation de substances</i>	2,36	2,35	0,180

4. Discussion de l'étude quantitative

Dans cette étude quantitative prospective et longitudinale, auprès de 66 adolescents et jeunes adultes atteints de cancer que nous avons rencontrés durant leur traitement puis à 6 mois du diagnostic (N=20), nous souhaitons décrire leurs consommations de substances et les comportements à risque en termes de préoccupations alimentaires et d'utilisation d'internet. Nous souhaitons également décrire leur adaptation émotionnelle et les stratégies de coping qu'ils utilisaient, et ce à la première passation puis à la deuxième passation ; l'objectif étant d'observer de possibles variations d'ajustement émotionnel et de conduites à risque entre ces deux temps.

Confirmant notre première hypothèse, nos résultats montrent que les adolescents et jeunes adultes en cours de traitement contre le cancer consomment moins par rapport à la population générale (résultats des différentes enquêtes nationales : ESPAD, 2012 ; ESCAPAD, 2011 ; Baromètre Santé, 2010). Il apparaît également que les participants déclarant une consommation sont, pour la majorité, plus âgés, résultats qui corroborent ceux des enquêtes nationales. De manière descriptive, nous observons une différence entre les consommations déclarées de nos participants et ceux des grandes enquêtes. Afin d'être plus précis, nous aurions souhaité procéder à une comparaison statistique de notre échantillon à celui de la population générale, mais, notre échantillon n'ayant pas une distribution normale, nous avons besoin de la médiane de la population générale, donnée que les enquêtes nationales ne fournissent pas.

Nos résultats vont également dans le sens de la récente étude de Bertrand et al. (2016), qui ont souligné une moindre consommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis chez les adolescents et jeunes adultes une fois le diagnostic de cancer reçu. Nos résultats peuvent être comparés à cette dernière étude, et nous pouvons observer que les participants de notre étude ont une moindre consommation par rapport aux résultats de l'étude de Bertrand et al (2016). Différentes hypothèses peuvent expliquer cette faible consommation. La première est relative à l'annonce même de la maladie et à la mise en

garde, parfois des médecins référents, ou des proches du patient, menant à une réduction des consommations ou encore à un biais de désirabilité sociale dans les réponses aux questionnaires. Plus largement, on peut également penser que l'entrée dans les traitements et les effets secondaires induits par ceux-ci (fatigue, nausée) ne permet pas aux jeunes patients de consommer comme lorsqu'ils sont en bonne santé. Une autre hypothèse postule que le fait d'être moins en contact avec leurs pairs, alors que l'on sait que l'entourage amical a un rôle dans les consommations, notamment de l'ordre de la festivité et du partage, engendrera une diminution des consommations. Et enfin, nous pouvons penser que les adolescents et jeunes adultes recevant un diagnostic d'une maladie potentiellement létale se sentent davantage vulnérables par rapport à leurs pairs sains et diminuent de manière spontanée leur consommation. Par ailleurs, l'évaluation de l'alcool et du cannabis se fait de manière rétrospective, à douze mois de la date de la passation. Aussi, nous supposons que les adolescents et jeunes adultes que nous avons interrogés sont différents sur le plan des consommations de leurs pairs sains en amont du diagnostic ; ceci peut s'expliquer d'une part par les symptômes (fatigue et douleurs) annonciateurs de la maladie qui freineraient l'envie de consommer ; d'autre part, nous pouvons supposer qu'ils sous-déclarent leurs consommations avec l'effort de rappel demandé par la passation d'une échelle rétrospective, et ce en basant leur déclaration sur leurs consommations actuelles.

L'usage problématique d'internet est la catégorie où les participants sont le plus représentés (19,59%). Il n'existe pas, aujourd'hui, d'étude évaluant l'usage d'internet chez les jeunes patients en cours de traitement contre le cancer. Aussi, l'auto-questionnaire que nous avons utilisé (Young, 2004) n'est pas récent, et l'évolution des moyens technologiques en termes d'accessibilité à internet et aux différentes applications qui le permettent (réseaux sociaux, jeux d'application sur téléphone) est si rapide qu'il faut souligner également le fait que les jeunes hospitalisés que nous avons rencontrés ne sont pas forcément équipés d'ordinateur mais de téléphone portable, qui leur permet d'accéder à toutes les modalités bien prisées par les jeunes aujourd'hui, et ce de manière générale. En d'autres termes,

aujourd'hui, l'interface internet est accessible partout et à tout moment, *via* notamment les téléphones portables et non plus seulement par l'ordinateur.

Si l'on compare nos résultats avec les données dans la population générale, on constate de manière très descriptive que nos participants font d'internet un usage excessif par rapport à la population générale. En effet, selon les données de l'Inserm (2014), la prévalence d'utilisations problématiques d'internet par les adolescents varierait de 2% à 12%. On remarque toutefois qu'il n'existe pas de consensus clair pour cette problématique. Plus précisément, en France, à travers l'enquête Escapad (2011), parmi la population des 17 ans, 3 à 5% d'entre eux semblent présenter un usage problématique d'internet, avec des conséquences notamment sur le sommeil, le poids (le surpoids en l'occurrence), les résultats scolaires, qui sont en baisse, et des relations difficiles avec leurs parents. Nos résultats sont à prendre avec nuance en tenant compte à la fois du milieu dans lequel les participants ont été rencontrés et également du fait que nous n'avons pas d'informations quant aux possibles conséquences réelles que l'utilisation qu'ils font d'internet peut avoir sur leur fonctionnement global.

Nous faisons plusieurs hypothèses pour tenter d'expliquer cet usage chez les jeunes patients interrogés. La première est relative à la tranche d'âge elle-même dans laquelle les adolescents et jeunes adultes sont enclins à utiliser de manière massive internet, et les différentes applications accessibles à travers ce média. Enfin, la seconde est relative au fait d'être privés de sorties, de par les hospitalisations, mais également de par les effets indésirables des traitements anti cancéreux, ce qui pourrait expliquer le fait qu'ils passent plus de temps sur internet durant leur hospitalisation ; et même chez eux, dans la mesure où ils sortent moins, et donc voient moins de monde. Ceci leur permet de rester en lien entre autres avec leurs pairs.

Les préoccupations à l'égard du poids, de l'alimentation et de la silhouette concernent 9,1% de notre échantillon, et il n'existe pas de différence significative selon le genre. Notre hypothèse n'est pas confirmée. Il nous est difficile de comparer nos données à celles de la population générale, dans la mesure où à travers notre étude nous parlions plutôt de dépistage des préoccupations alimentaires et

non de troubles des conduites alimentaires avérés. Néanmoins, la littérature concernant les 12-25 ans montre que la prévalence pour l'anorexie est de 0,5 à 1%, concernant la boulimie de 2 à 5% et pour les troubles des conduites alimentaires « non spécifiés » cela représente environ 14% de cette tranche d'âge (Battaglia & Gierski, 2014). Ces résultats sont également à prendre avec précaution si l'on tient compte de toutes les personnes qui ne sont pas prises en charge et dépistées. De plus, dans notre échantillon, les participants qui sont préoccupés à l'égard de leur poids sont en majorité des filles. Les garçons sont peu représentés dans cette catégorie. Cela s'explique probablement par l'utilisation d'un outil d'évaluation (ici, EAT-26) qui n'est pas adaptée à la population masculine, cette dernière étant plus préoccupée par la musculature et non par le poids.

Il n'existe, à ce jour, pas d'étude concernant les troubles des conduites alimentaires dans le champ de l'oncologie chez les adolescents et jeunes adultes. Les données dont nous disposons à propos de la cachexie anorexie portent notamment sur une population adulte et sont d'ordre médical. La présence de préoccupations quant à l'alimentation, et plus globalement sur le poids et l'image corporelle, nous paraît également cohérente à fois dans les perspectives de la période adolescente et celle de la maladie, où l'image du corps est à la croisée des deux phénomènes.

Concernant l'adaptation émotionnelle, notre hypothèse concernant la présence de symptomatologie anxio-dépressive est partiellement confirmée. En effet, selon le cut-off retenu pour la symptomatologie anxio-dépressive avérée (cut-off établi à 11) à la HADS, il apparaît que 3% des sujets de l'échantillon présentent des symptômes dépressifs, et que 16,6% des sujets de l'échantillon présentent des symptômes anxieux. De plus, les filles sont plus anxieuses que les garçons. Au temps 2 de notre étude, la symptomatologie anxio-dépressive a tendance à diminuer. Nous pouvons penser que, lors de l'annonce, les symptômes anxio-dépressifs sont plus présents du fait de l'annonce-même d'une maladie potentiellement létale, mais également du fait de l'inconnu de la prise en charge et parfois du milieu hospitalier. A distance du début de la prise en charge, les symptômes semblent s'apaiser, ce qui pourrait s'expliquer par la connaissance que les adolescents et jeunes adultes ont de leur prise en charge

et de l'équipe médicale qui s'occupe d'eux. De plus, on retrouve également sur le terrain clinique qu'une fois les traitements en cours les patients se sentent acteurs de leur prise en charge et actifs contre la maladie, ce qui peut contribuer au fait de se sentir moins anxieux. Ces résultats vont également dans le sens de l'étude d'Erickson et al. (2013), qui a montré que les symptômes dépressifs diminuaient avec le temps de la prise en charge.

Enfin, concernant les stratégies de coping utilisées, nous avons fait l'hypothèse que les stratégies de coping comportementales seraient plus utilisées par les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, pour faire face à leur prise en charge parfois lourde et longue. De plus, nous avons fait cette hypothèse également dans la mesure où, à cette période de vie, les adolescents et jeunes adultes, comme nous l'avons vu, sont plutôt enclins à mettre à distance leurs propres affects en étant dans l'agir. Notre hypothèse est à nouveau partiellement confirmée compte tenu de nos résultats qui montrent que les stratégies de coping préférentiellement utilisées par notre échantillon, sont regroupées sous les dimensions suivantes : la restructuration cognitive pour l'acceptation et la réinterprétation positive ; la distraction, et la recherche de soutien social émotionnel. La réinterprétation de la maladie a déjà été mise en évidence dans l'étude de Smorti (2012). Nos résultats quant à la recherche de soutien émotionnel vont également dans le sens de cette étude. Concernant l'acceptation et la distraction, nous n'avons pas, à notre connaissance, de données précises à ce propos dans la littérature antérieure. Toutefois, les auteurs s'accordent sur le fait que le coping acceptation est plutôt une stratégie fonctionnelle qui va permettre à la personne de s'engager dans des comportements appropriés pour faire face à la situation (Muller & Spitz, 2003). De manière générale, nous constatons que les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer utilisent à la fois des stratégies de coping centrées sur le problème et sur l'émotion, ce qui témoigne d'une certaine souplesse de notre population et d'une bonne adaptation psychique.

Par ailleurs, nous avons souhaité procéder à une description précise des profils des participants suivant les pathologies cancéreuses dont ils étaient atteints. Aussi, il existe une différence significative chez

les participants atteints de tumeur épithéliale, de leucémie et de tumeur germinale. Les participants atteints de leucémie et de tumeur épithéliale sont plus à risque de présenter des préoccupations alimentaires ($p < .01$) ; et les participants atteints de leucémie et de tumeur germinale sont plus enclins à utiliser le coping actif ($p < .05$). Ces résultats peuvent s'expliquer par les différentes stratégies thérapeutiques mises en place selon les pathologies cancéreuses. En effet, les patients atteints de leucémie sont bien souvent confrontés à une greffe de cellule souche qui nécessite une hospitalisation, en isolement, bien souvent longue. Toutefois ces résultats sont à prendre avec précaution dans la mesure où ces sous-groupes de population sont peu représentés dans notre échantillon.

La description de notre échantillon, de manière globale et sur chacune des variables que nous souhaitons évaluer, nous a permis par la suite d'effectuer certains tests statistiques afin de décrire comment chacune des variables interagissent entre elles. Nous avons pu voir dans un premier temps qu'il n'existe pas de lien entre la détresse psychologique et les conduites à risque. Ce qui nous fait supposer que les participants de notre échantillon ne consomment pas, majoritairement, dans une visée d'automédication, alors que la littérature sur les adolescents et jeunes adultes aurait plutôt tendance à souligner l'inverse dans certains cas, notamment quand l'usage est régulier (Fallu et al., 2012 ; Gualano et al., 2015).

De plus, les participants présentant des conduites à risque utilisent les mêmes stratégies de coping que celles utilisées de manière globale par l'ensemble de notre échantillon. Les différences que nous relevons portent sur le coping de recherche de soutien social émotionnel ainsi que le coping blâme. Ce sont davantage les participants qui consomment qui utilisent ces stratégies de coping. On peut émettre l'hypothèse que les personnes qui présentent des conduites à risque ont peu de soutien social émotionnel et donc qu'ils tendent à en chercher, ce qui irait dans le sens des résultats de l'étude de Dorard et al. (2014). Toutefois, là encore, pour ceux qui utilisent le coping de soutien social émotionnel, nous ne savons pas s'ils trouvent cet étayage affectif, ni si la stratégie de coping de soutien

social est fonctionnelle, dans la mesure où nos analyses montrent que ceux qui utilisent davantage la stratégie de coping de soutien émotionnel sont ceux qui présentent à la fois des conduites à risque, et une détresse psychologique. Concernant le blâme, nous n'avons trouvé à ce jour, qu'une seule étude récente portant sur une population d'adultes alcoolos-dépendantes, mettant en avant que cette population utilise de manière préférentielle le coping blâme (Ribadier & Varescon, 2016). On pourrait penser que les individus qui consomment présentent une certaine culpabilité ; et dans notre échantillon, nous pourrions également penser que cette culpabilité pourrait être exacerbée dans le cadre d'une prise en charge médicale.

Enfin, les relations entre la détresse psychologique et les stratégies de coping montrent que les participants présentant une détresse psychologique utilisent davantage le coping recherche de soutien social instrumental et émotionnel, l'expression des sentiments et le désengagement comportemental. *A contrario*, les participants ne présentant pas de détresse psychologique ont tendance à utiliser davantage le coping de réinterprétation positive et le coping acceptation. Nos résultats vont en partie dans le sens de l'étude de Gloria et Steinhardt (2016), sauf pour la recherche de soutien social instrumental et émotionnel, qui pour ces auteurs fait partie des stratégies adaptées, selon leurs propres termes, et protège de la symptomatologie anxio-dépressive, ce qui ne semble pas être le cas dans notre étude. Aussi, dans le cadre de notre recherche et dans la population que nous étudions, nous faisons une lecture inverse de ce phénomène. En effet, nous supposons que les adolescents et jeunes adultes qui présentent une détresse psychologique sont dans une recherche d'étayage, tant au niveau de conseils et d'informations sur leur maladie que de partage d'expériences avec d'autres patients du même âge, et ils cherchent également à être rassurés et à être soutenus moralement. Enfin, concernant les liens entre la réinterprétation positive, qui est l'une des stratégies préférentiellement utilisées par les participants, et la détresse psychologique, nous retrouvons les mêmes résultats que les études portant sur ces concepts, auxquels s'ajoute la résilience bien souvent (Lambert, Fincham, & Stillman, 2012 ; Stoeber & Janssen, 2011). En effet, les auteurs montrent que la résilience permet une réponse

adaptée face à un événement stressant et jouerait un rôle de modérateur sur la symptomatologie anxio-dépressive (Gloria & Steinhardt, 2016).

Toutefois, nous nuancions un peu notre propos étant donné que ces études sont effectuées dans la population étudiante générale, et non dans un cadre médical.

Enfin, nos dernières analyses concernant les comparaisons des stratégies de coping utilisées en fonction des conduites à risque, et de la détresse psychologique, montrent d'une part que les participants qui présentent des conduites à risque sans détresse psychologique utilisent davantage le coping actif. Ces résultats mettent en avant que, malgré la présence de comportements problématiques, les participants peuvent poursuivre certaines actions. Aussi, malgré la présence de ces conduites, les participants ont des stratégies de coping fonctionnelles et adaptées, probablement parce qu'ils ne présentent pas de symptomatologie anxio-dépressive. D'autre part, les participants ne présentant pas de conduites à risque, mais qui sont en détresse psychologique, ont davantage recours aux stratégies de coping de soutien émotionnel, instrumental et expression des émotions. Ces résultats vont dans le sens de l'étude de Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, et Wadsworth (2001).

Par ailleurs, le coping de réinterprétation positive est davantage utilisé chez les participants ne présentant ni de conduites à risque, ni de détresse psychologique. Ce résultat va dans le sens des études de Lambert et al. (2012) et de Wang, Lambert, et Lambert (2007), qui montrent que le fait de réévaluer l'événement stressant en des termes et visions positifs protège des symptômes anxieux et dépressifs. A cela, nous associons l'acceptation qui est l'une des stratégies de coping les plus utilisées par les participants. Nous soulignons dans ce sens qu'il ne s'agit pas seulement de réévaluer en des termes positifs l'événement, mais surtout de l'accepter en tant que tel et de penser à partir de celui-ci une vision positive et possible de l'avenir. Aussi, nous mettons en avant le fait que les participants ne mettent pas à distance l'idée de la maladie, puisqu'ils utilisent à la fois le coping d'acceptation et de réinterprétation positive.

Enfin, nous pouvons voir que quelles que soient les conduites à risque, les stratégies de coping de soutien social émotionnel, de désengagement comportemental, ainsi que le blâme sont utilisées chez des participants présentant une détresse psychologique. Ces résultats vont également dans le sens de la littérature. Toutefois, les études faites à ce sujet ne portent pas sur une population de jeunes patients en situation de maladie somatique (Dorard et al., 2014 ; Herres, 2015 ; Ribadier & Varescon, 2016 ; Schmit et al., 2011). Aussi, nous pouvons interpréter nos résultats en postulant que les participants qui vont présenter une symptomatologie anxio-dépressive vont être plus à même de rechercher du soutien social émotionnel dans le contexte d'une maladie cancéreuse afin de recueillir un certain nombre d'informations sur leur protocole et les soins qu'ils vont recevoir. Toutefois, nous ne savons pas s'ils accèdent à cet étayage émotionnel qui permettrait de réduire la détresse émotionnelle.

Dans l'ensemble, nous remarquons que notre population est homogène, à la fois sur les consommations de substances et les comportements problématiques, et sur la manière de s'adapter. Nos résultats sont par ailleurs plutôt représentatifs pour les participants atteints de sarcome des tissus mous, d'ostéosarcome et de lymphome, qui sont les plus représentés. Aussi, en ouverture de cette recherche, nous pensons qu'il serait pertinent, dans les recherches à venir, de repenser une méthodologie prenant en compte les différentes stratégies thérapeutiques en fonction des diverses pathologies cancéreuses pour évaluer s'il existe des différences entre ces différents sous-groupes en termes d'adaptation et de conduites à risques. Nous pensons notamment à la population souffrant de certains cancers hématologiques à laquelle nous n'avons pas eu accès et qui traverse des protocoles de soins assez distincts des autres pathologies, notamment en termes de durée, de modalités de soins, et de rééducation dans l'après-traitement.

Dans notre étude, nous n'avons pas différencié d'emblée les participants selon les pathologies cancéreuses car nous souhaitions avant tout avoir un échantillon suffisamment grand et observer comment ce type d'étude était accueilli par les adolescents et jeunes adultes, en respectant les

pathologies traitées dans les services participants à l'étude, qui demeurent représentatifs des pathologies de cette tranche d'âge. Toutefois, nous avons trouvé des différences en termes d'utilisation de stratégies de coping selon les pathologies cancéreuses.

Ces résultats pourraient s'expliquer par les différentes stratégies thérapeutiques employées. Un échantillon plus conséquent pourrait permettre de contrôler davantage de données médicales, ce qui apporterait peut-être d'autres éléments de compréhension, notamment en appariant l'échantillon.

Cette étude quantitative, longitudinale, présente plusieurs limites. Une première limite concerne la taille de notre échantillon qui reste modeste, bien que le taux de participation reste satisfaisant ; en effet, la taille de notre échantillon correspond, en moyenne, aux échantillons étudiés antérieurement (Bertrand et al., 2016 ; Erickson et al., 2013 ; Tyc et al., 2005). Il en va de même pour le suivi longitudinal qui n'est pas satisfaisant et qui pourrait, sans doute, expliquer le fait qu'il n'y est que peu de différences significatives entre le temps 1 et le temps 2 de la passation, notamment au niveau des stratégies de coping utilisées, des consommations et des comportements par les jeunes patients. En effet, on pourrait s'attendre qu'à distance du diagnostic et du début des traitements, les adolescents et les jeunes adultes aient recours à des stratégies de coping différentes de par la durée des traitements, des effets secondaires qui se succèdent et des remaniements de vie qui se cristallisent.

Afin de comprendre nos résultats il nous semble important de rappeler que les adolescents et jeunes adultes bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire au sein des services oncologiques, et que le cadre même de l'hôpital, avec tous les acteurs de la prise en charge, permet une certaine contenance et une sécurité « psychique » pour les jeunes patients. Aussi, nous rappelons qu'il existe probablement un biais dans notre recrutement étant donné que les participants ayant répondu ont accepté volontairement de participer. Aussi, nous pouvons penser que nous n'avons peut-être pas eu accès aux jeunes présentant des conduites à risque, probablement parce qu'ils présentaient des difficultés dans leur prise en charge médicale, et qu'il aurait été difficile de les inclure dans notre recherche.

A l'avenir il s'agira de repenser les modalités d'inclusion et notamment lors de suivi longitudinal afin de récolter des données suffisamment précises pour affiner nos analyses. Enfin, nous interrogeons aussi les modalités de passation des auto-questionnaires. En effet, pour certains jeunes que nous avons rencontrés, et notamment les mineurs, il n'est pas rare que les parents s'impliquent dans cette passation et que les participants remplissent les questionnaires aux côtés de leur parent. De plus, de par notre positionnement de soignant (avec le port de la blouse, notamment), nous nous demandons si nous ne faisons pas face à une sous déclaration des conduites à risque, et notamment en termes de consommations de substances, en plus du biais de désirabilité sociale.

Devant les limites de notre étude nous tenons néanmoins à rappeler que celle-ci est la première à questionner à la fois les modalités de consommations de substances et de comportements problématiques, la symptomatologie anxio-dépressive et les stratégies de coping, chez une population d'adolescents et de jeunes adultes en cours de traitements contre le cancer.

Aussi, le recrutement en systématique a montré un bon taux d'acceptation et de participation à notre étude, venant à la fois des patients et de leurs parents dans le cas de mineur. Ce qui montre que la recherche auprès de cette population, et que les questionnements parfois considérés comme tabous, sont possibles et plutôt bien accueillis.

5. Conclusion de l'étude quantitative

Pour conclure, les résultats de cette étude quantitative longitudinale mettent en lumière un certain nombre de caractéristiques propres aux adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et en cours de traitement. Nous pouvons observer dans l'ensemble que les participants de notre étude présentent peu de détresse psychologique et de conduites à risque. Aussi, il apparaît qu'ils utilisent à la fois des stratégies centrées sur le problème et centrées sur l'émotion, et que le fait de croiser ces deux modalités en font, semble-t-il, une bonne adaptation face à la maladie cancéreuse et aux traitements avec lesquelles, il nous paraît important de pouvoir travailler sur un plan thérapeutique.

D'après nos résultats, on observe que les rares consommations de substances déclarées ne sont pas en lien avec une symptomatologie anxio-dépressive. Nous réitérons l'idée que notre échantillon ne consomme pas dans une visée d'auto médication. Concernant les comportements évalués à la fois en termes d'usage d'internet et des préoccupations à la fois corporelles et alimentaires, nous observons que l'usage d'internet est assez fort dans le contexte de la prise en charge médicale et que les préoccupations alimentaires sont plutôt faibles.

Nous attirons également l'attention sur l'importance d'un regard nuancé sur les consommations de substances des jeunes, qui dans les représentations communes ont mauvaise presse ou font des adolescents et de jeunes adultes des individus mal dans leur peau, et dont le contact est parfois difficile. Cette étude a permis, au-delà de l'évaluation des conduites à risque, de montrer que ces jeunes s'intéressent et sont volontaires pour participer aux recherches, en tout cas, en sciences humaines et sociales.

Enfin, pour clore cette partie nous avançons quelques perspectives cliniques qui découlent de ces résultats quantitatifs en lien avec la littérature. Il semble important d'interroger les jeunes patients pris en charge pour un cancer sur leurs caractéristiques globales dont leurs consommations, et de ne pas en

faire un sujet tabou qui risque de cristalliser certaines consommations de substances. Or, ces résultats montrent que les jeunes sont plutôt enclins à aborder cette question.

Concernant les préoccupations alimentaires et corporelles, nous soulignons l'intérêt d'être attentif à cela au regard à la fois de la période adolescente dans laquelle ces jeunes sont, et à la fois de par les effets indésirables des traitements qui modifient l'image corporelle. Concernant l'utilisation d'internet, il apparaît qu'ils en font une utilisation plutôt excessive au cours de leur traitement mais que celle-ci n'entrave pas l'observance au traitement. A ce propos, les analyses qualitatives pourront ajouter quelques précisions.

Nos résultats quantitatifs ont pu préciser un certain nombre de caractéristiques propres aux adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et en cours de traitement. En complément de ces analyses nous avons souhaité préciser et approfondir le vécu de ces jeunes patients à l'aide d'entretien de recherche et d'une analyse qualitative. Nous nous attendons à ce que certains points quantitatifs soient éclairés à travers ce volet qualitatif.

Chapitre 3. Le vécu de la maladie chez les jeunes patients : une analyse phénoménologique interprétative

1. Procédure et recrutement pour l'étude qualitative

L'intérêt d'utiliser une méthode qualitative permet de compléter les données obtenues par les questionnaires, en explorant des domaines auxquels les outils quantitatifs n'ont pas accès.

Ainsi, nous avons également effectué des entretiens de recherche auprès de cette même population. Au départ, nous pensions proposer les entretiens aux participants déclarant consommer du tabac, de l'alcool et du cannabis, afin d'investiguer les motivations de ces consommations au cours des traitements. Or, au fur et à mesure de l'inclusion des participants, nous nous sommes rendu compte que les participants ne déclaraient que peu, voire pas de consommation. Nous nous sommes interrogés quant à l'intérêt de poursuivre le volet qualitatif de cette étude. Il nous a semblé pertinent de le mener afin de recueillir le vécu de ces jeunes patients. Nous avons par ailleurs remarqué que la question des consommations émanait d'elle-même dans le discours des participants. Les entretiens de recherche ont, alors, été proposés de manière systématique aux participants lors de la présentation de la recherche et de la passation des questionnaires au T1, lors de notre deuxième année de thèse. Certains adolescents ont refusé de faire l'entretien et ont préféré s'en tenir aux questionnaires. Nous avons choisi de constituer un petit échantillon (N=6) et de réaliser une analyse phénoménologique interprétative du discours des participants, et donc de mener des entretiens le moins directif possible.

Nous avons demandé l'autorisation d'enregistrer les entretiens sur dictaphone et un consentement a été signé par les participants. Les entretiens ont été effectués dans les chambres des patients, durant l'hospitalisation. Il n'est pas rare que les entretiens aient été interrompus pour des soins médicaux. Un seul entretien a été réalisé au téléphone, là encore nous nous sommes assurés de l'autorisation d'enregistrer cet entretien. Chaque entretien a été retranscrit à l'écrit.

2. Choix et description de la méthodologie

Nous avons choisi d'utiliser l'Analyse Phénoménologique Interprétative (*Interpretative Phenomenological Analysis* – IPA) pour analyser nos entretiens de recherche. Cette approche s'inscrit dans la philosophie européenne du 20^{ème} siècle et dans le courant phénoménologique. L'IPA cherche à comprendre la manière dont les individus donnent du sens à ce qu'ils vivent et comment ils vivent les événements majeurs de leur vie. Les expériences vécues ne sont pas facilement traduites par des données quantifiables d'où l'intérêt de nous tourner vers une approche qualitative. Cette approche implique l'utilisation d'une description et d'une analyse approfondie de l'expérience vécue d'un individu afin d'en comprendre le sens subjectif. Cette analyse contribue à une compréhension plus en profondeur des expériences vécues grâce à un examen attentif des expériences individuelles. Cette méthode postule que les données de quelques individus, qui ont connu le phénomène, et qui peuvent fournir un récit détaillé de leur expérience, suffisent à en découvrir les éléments principaux. Aussi, les tailles d'échantillon typiques des études qualitatives-phénoménologiques varient entre 1 et 10 personnes (Starks & Brown-Trinidad, 2007). L'intérêt d'un petit échantillon est de garantir une approche approfondie par rapport aux plus grands échantillons. Les auteurs soulignent trois principaux concepts théoriques dans l'IPA (Oxley, 2016) :

- La phénoménologie

Cette approche philosophique a été développée par Husserl au 20^o siècle et se concentre sur l'étude philosophique de l'« être ». Husserl a ainsi développé une série d'étapes qui consiste à croiser les idées préconçues et les connaissances existantes pour essayer d'atteindre l'essence même du phénomène. Selon Husserl, la phénoménologie est à appréhender comme une science qui cherche à isoler l'essence des objets. Aussi, il s'agirait d'exclure toute chose transcendante (qui est en dehors de l'individu) et de conserver l'immanent (ce qui est à l'intérieur de l'individu) et ce que l'on nomme « phénomène ».

Ainsi, tout préjugé est suspendu et seulement la description pure du phénomène est pratiquée (Kotnik, 2011). Toujours selon Husserl, c'est la pratique de la description qui est appliquée et non celle de l'explication (as cited in Depraz, 2006). Dans ce cadre-là, on s'intéresse à des thématiques qui mobilisent le vécu des individus (événement majeurs, situations etc.).

Son successeur, Heidegger évoque la difficulté de mettre à distance nos propres représentations. Il évoque alors l'« interprétation » comme la seule manière de comprendre un phénomène, introduisant la notion d'herméneutique (as cited in Depraz, 2006).

- L'herméneutique

L'herméneutique est la théorie de l'interprétation ; elle fait ainsi passer la description à l'interprétation d'un phénomène. La phénoménologie herméneutique reconnaît que les vues du chercheur sur le monde sont liées à la manière dont il interprète les expériences des participants. Il s'agit ici d'adopter une attitude continuellement réflexive. Dans l'analyse phénoménologique on parle de « double herméneutique » (Pringle, Drummond, MacLafferty, & Hendry, 2011 ; Smith, 2004) qui correspond au double processus de mise en sens. En d'autres termes, il existe deux filtres entre la recherche et l'expérience de l'individu : d'un côté le participant exprime son vécu et de l'autre le chercheur interprète. Ainsi, la phénoménologie révèle la signification et l'herméneutique interprète le sens ; ce qui permet une compréhension intersubjective.

- L'idiographie

L'idiographie est une approche centrée sur les individus. Cette approche s'appuie sur le particulier plutôt que l'universel, elle ne cherche pas à généraliser des données. Cette approche se différencie de la nomothétique. L'IPA se positionne ainsi comme un bon exemple d'idiographie car cette approche se concentre sur de petits échantillons. Chaque cas a ainsi une valeur entière et particulière. L'idée est d'examiner la partie pour donner un sens à l'ensemble (Oxley, 2016).

2.1 L'IPA en pratique

2.1.1 L'attitude phénoménologique

L'attitude phénoménologique pourrait se définir à travers trois mouvements psychiques. Le premier est la disposition de l'esprit, c'est-à-dire le fait de se décentrer de soi-même, de s'oublier en quelque sorte, afin d'être pleinement disponible à l'autre, ce qui constitue le deuxième mouvement psychique. Enfin, le troisième mouvement se définirait par le respect des témoignages recueillis en « honorant » le discours et en lui accordant une certaine valeur (Paillé & Mucchielli, 2013). On retrouve deux dispositions essentielles dans l'attitude phénoménologique :

- *L'écoute du monde* à travers laquelle nous mettons à distance nos préjugés et *a priori*, en donnant la parole à l'autre et lui laissant la possibilité et l'espace de raconter son expérience telle qu'elle se présente à lui
- *L'empathie* qui a été définie, entre autres, par Carl Rogers (1968) par la capacité de s'immerger dans le monde subjectif de l'autre et de saisir la compréhension intellectuelle du vécu

En pratique on s'intéresse avec empathie à ce que vit un autre sujet, à ses habitudes et son savoir-faire. A travers l'interaction on va faire apparaître toutes les possibilités inhérentes au phénomène. L'IPA se définit comme une approche ouverte et flexible en visant l'exploration des perceptions personnelles de l'expérience du participant. A son tour le chercheur tente d'interpréter l'activité sensorielle de celui-ci (Pringle et al., 2011). L'IPA s'enracine directement dans le discours des participants ; les citations directement puisées dans le discours des participants sont largement utilisées pour étayer l'analyse.

2.1.2 La collecte des données

Les entretiens de recherche avec l'approche phénoménologique se veulent semi-structuré voire non structuré, et en profondeur. Ces techniques permettent à la fois de laisser un maximum de liberté de parole et de flexibilité pour le participant, et de la part du chercheur. Au départ le chercheur formule une question spécifique. Dans notre cas nous commençons les entretiens en demandant : « comment la maladie impacte votre vie ? » ou encore « qu'est ce qui se passe pour vous en ce moment ? ». Un plan peut être préparé à l'avance, notamment pour certaines thématiques que le chercheur souhaiterait aborder. Au niveau de l'attitude, il s'agit d'écouter attentivement et d'essayer de comprendre ce que le participant dit. Aussi, le chercheur peut interroger le sens quand le discours du participant semble flou, ambigu ou abstrait. Dans ce cas il s'agit de construire des questions appropriées pour aider à explorer ce qui est dit (Pietkiewicz & Smith, 2014). Ici, le chercheur s'imprègne du discours du participant et de son vécu tout en l'éclairant par des concepts théoriques pour en permettre une certaine compréhension.

2.1.3 Analyse du matériel qualitatif

Après enregistrement et retranscription textuelle du discours le chercheur, en relisant l'entretien, prend des notes sur ses observations et réflexions concernant : le contenu, l'utilisation du langage (métaphore, symbole, répétition, pause) et le contexte. Il sera attentif également aux réponses émotionnelles données par le participant. Par la suite, le chercheur va transformer ses propres notes en des thèmes émergents. A ce stade, les auteurs préconisent de travailler davantage avec leurs propres notes plutôt qu'avec la retranscription. Enfin, la dernière étape consiste en la mise en relation entre chaque thème ; c'est-à-dire à les regrouper en fonction des similitudes et ainsi à fournir une description de chaque groupe.

L'analyse conduit à écrire un récit narratif de l'étude. Aussi, le chercheur écrit et décrit chaque thème en citant directement le discours du participant. Il explique ainsi au lecteur les choses expérientielles.

Selon Manen (1990), l'analyse phénoménologique est avant tout un style d'écriture. Il s'agirait alors de composer une histoire dans laquelle chaque lecteur peut se retrouver. Les récits doivent ainsi pouvoir résonner en chacun (Pietkiewicz & Smith, 2014 ; Pringle et al., 2011 ; Starks & Brown Trinidad, 2007).

Afin d'évaluer la qualité d'une bonne recherche qualitative, il existe quatre caractéristiques essentielles (Yardley, 2000) : la première est la *sensibilité au contexte* qui correspond à la connaissance du contexte de la recherche et à la population visée ; *l'engagement et la rigueur* constituent la deuxième caractéristique et soulignent l'engagement en profondeur avec le participant avec notamment une bonne méthodologie et une analyse des résultats rigoureuse. *La transparence et la cohérence* correspondent à la clarté et à la force de la description qui s'appuie notamment sur une méthodologie claire et une analyse fine. Il s'agit également ici de faire preuve d'une grande capacité de réflexion entre la théorie et les données récoltées du terrain. Enfin, *l'impact et l'importance* sont les retombées scientifiquement potentiellement apportées par la recherche. En d'autres termes, il s'agit d'évaluer ce que les résultats de la recherche apportent aux connaissances antérieures et comment elles peuvent être utiles aux différents professionnels.

3. Equation intellectuelle du chercheur

Je vais revenir dans cette partie sur mon équation intellectuelle de chercheuse (Paillé & Mucchielli, 2013). Grace à mon activité de psychologue au sein de l'Unité de Psycho-Oncologie de l'Institut Curie j'ai pu observer comment les adultes font face à l'annonce de la maladie, au traitement et parfois à une chirurgie mutilante, et mettre cette expérience clinique auprès d'adulte en parallèle de mon activité de recherche sur les adolescents. J'ai rencontré ces deux populations, sous deux fonctions différentes (clinicienne/chercheuse) à des moments similaires, d'annonce ou en cours de traitements.

Pour les adultes, j'ai également une activité d'accompagnement dans l'après-traitement. J'ai une vision, me semble-t-il assez globale des différents temps de la maladie.

Mon observation clinique m'a amené à m'interroger sur la différence de temporalité concernant l'intégration des informations médicales chez les adultes et les adolescents. Mes observations, étayées par les riches échanges cliniques avec ma directrice de thèse, Madame Cécile Flahault, elle-même psychologue clinicienne auprès d'adultes et d'adolescents à l'Institut Curie me font dire que les adolescents et jeunes adultes ne s'ajustent pas de la même manière et dans une temporalité différente que les adultes. Par ailleurs, mes différentes lectures et mon intérêt pour l'approche existentielle et humaniste ont accompagné ma réflexion tout au long de ce travail d'analyse qualitative. Le visionnage de films relatifs à la maladie cancéreuse ont également étayé ce travail de réflexion, tels que : « Empreintes » film- témoignage de l'association LOCOMOTIVE ; « Et les mistral gagnants » de A-D Jullian ; « Nos étoiles contraires » de J. Boone ou encore « La guerre est déclarée » de V. Donzelli

4. Objectifs généraux de l'étude qualitative

L'étude qualitative a pour objectifs généraux :

- D'explorer le vécu subjectif des jeunes patients en relevant leur perception de la maladie, la manière dont ils parlent de celle-ci et ainsi d'investiguer les mécanismes émotionnels et cognitifs
- De comprendre la place (présence, absence, augmentation, diminution) des consommations dans ce temps de traitement.

Il s'agit pour l'analyse qualitative de saisir la diversité et la complexité des vécus dans un contexte bien identifié, ici, la prise en charge d'une maladie cancéreuse chez des adolescents et des jeunes adultes. Pour ce faire, nous avons suivi les indications des auteurs (Fasse & Zech, 2015 ; Paillé & Mucchielli, 2013 ; Smith, 2007, 2011a, 2011b) soulignant dans un premier temps la nécessité de relire les entretiens de recherche et d'identifier des thèmes du discours suffisamment présents, c'est-à-dire

cités par tous, pour les reconnaître comme thèmes majeurs. Il s'agit également de s'appuyer directement sur le discours des participants en faisant figurer certains passages d'entretien afin d'illustrer les thèmes retrouvés. Dans un second temps, il s'agit d'identifier des sous-thèmes et de mettre en lien les thèmes majeurs avec ces sous-thèmes ainsi que les thèmes majeurs entre eux. Enfin, la dernière étape consiste à analyser les divergences et similitudes entre les participants et d'exposer et de comprendre la manière dont ils mettent en sens de manière différente ou commune l'expérience de la maladie. Afin de proposer, dans une étape ultime, le récit interprétatif qui synthétise les processus de mise en sens.

5. Analyse des thèmes majeurs

Le relevé des thèmes majeurs a pu se faire au travers de lectures répétées des six entretiens de recherche effectués. A partir des relectures nous avons formulé des annotations nous efforçant de rester au niveau strict de ce qui se présentait à nous. La synthèse des thèmes majeurs est apparue après une réflexion systématique et en réponse à la question suivante : « qu'est ce qui est exprimé à travers ce propos ? ».

Nous avons interrogés six jeunes patients en cours de traitements pris en charge à l'Institut Curie. Pour respecter la confidentialité de nos participants, les noms ont été modifiés : Raphael a 21 ans, il est soigné pour un ostéosarcome, Nathan a 23 ans et est pris en charge pour une tumeur du système nerveux central, Théo et Axel sont tous les deux soignés pour une tumeur germinale et ont respectivement 25 ans et 20 ans, Nora a 22 ans et est atteinte d'un lymphome de Hodgkin, et enfin, Inès est âgée de 24 ans et est pris en charge pour un ostéosarcome. Pour certains d'entre eux ils étaient en milieu voire en fin de traitements. A chaque entretien il leur était demandé de raconter « comment la maladie a impacté leur quotidien ».

Smith (2007, 2011) suggère que pour une étude de 4 à 8 participants, les extraits d'au moins 3 participants soient présentés pour chaque thème, c'est ce que nous ferons dans la présentation des

résultats. Lors des citations du discours des participants, le « C » représente le chercheur et le « P » le participant. Quatre thèmes majeurs ont émergé ainsi que 7 sous thèmes ; ces derniers apparaîtront au sein des différents thèmes majeurs.

5.1 Premier thème majeur : se confronter aux bouleversements induits par la maladie

De manière spontanée, l'ensemble des participants évoque les bouleversements induits par la maladie au travers de journées rythmées par des examens, ou des hospitalisations, mais aussi dans l'évocation de l'histoire et de l'apparition de la maladie, et enfin des effets secondaires qui sont difficilement supportables. Pour ce faire les différents discours prennent des tonalités variées.

Dans un premier temps, ce thème majeur comprend le premier sous thème « rupture dans le rythme de vie ».

5.1.1 Rupture dans le rythme de vie

Les bouleversements induits par la maladie sont évoqués en terme « d'arrêt d'activités » (école, travail ou activités sportives) en insistant sur un rythme « en décalage » avec de nombreuses hospitalisation et parfois des hospitalisations imprévues face aux effets indésirables des traitements contre le cancer.

Nora dit à ce propos :

« La première chose que j'ai dit au médecin « comment je vais faire pour ma P1 » ? J'pensais tripler mon année de médecine et la refaire directe. Il m'a dit que ce n'était pas possible qu'il fallait que j'attende un an. Du coup.... La maladie plus ça, ça fait beaucoup là »

L'arrêt des activités est mal vécu et nous soulignons à ce propos un ennui mentionné par les participants. Cet ennui, induit par le manque d'activité, est également concomitant à une grande fatigue ressentie au cours des traitements.

Nora dit à ce sujet :

P : Mais j'ai eu du mal à accepter d'attendre, et que ma vie soit sur pause en fait pendant un an! En plus en faisant rien, en s'ennuyant, en ayant pas de cheveux et en étant malade....

C : vous vous êtes ennuyée ou encore aujourd'hui...

P : non je m'ennuie énormément !

C : qu'est-ce que ça veut dire du coup « vous vous ennuyez » qu'est-ce qu'il se passe en fait ?

P : c'est-à-dire que je ne fais absolument rien de la journée, je suis extrêmement fatiguée »

Les bouleversements induits par la maladie sont aussi abordés au travers des effets secondaires des traitements pour l'ensemble des participants. Dans ce sens Axel raconte :

« J'peux vous en citer tellement des effets secondaires... j'ai une désensibilisation des doigts, et de la tête, je sens plus le bout de mes doigts heu....j'ai des problèmes aux oreilles, j'ai des acouphènes chaque jour. Pendant ma deuxième cure j'ai rien entendu d'une oreille pendant 2 jours. On n'a pas de goût, c'est-à-dire que je mange un burger ou des carottes j'ai le même gout dans la bouche. C'est dur, on n'y pense pas, mais c'est dur de pas avoir de goût. Heu.... j'ai des constipations j'vous raconte pas, des mals aux fesses, insupportable.... J'ai des crampes d'estomac, des nausées, j'vomis une à deux fois par jours »

Et aussi :

« Si je dois nommer la pire difficulté de mon cancer encore aujourd'hui impossible de dormir, donc fatigue extrême mais extrême extrême.... En deux mots j' dirai : impossible de dormir et nausées, insupportable »

Inès, elle, relate à propos des effets secondaires :

« J'm'attendais pas à ce que ça puisse être aussi horrible enfin que ça puisse être aussi dur et le fait que...ça m'a fait un peu comme une claque, après j'suis allée à la clinique pour récupérer et qui gère l'aplasie les nausées et la perte de poids. Et du coup, là-bas j'étais.... Le fait d'aller du lit aux toilettes, j'étais courbée parce que j'avais le ventre hyper creux et je me sentais tellement faible j'étais hyper essoufflée rien que d'aller aux toilettes et ça me faisait hyper peur et moralement j'étais vraiment déprimée, ça m'avait cassée un peu et du coup ça... je pleurais tous les jours, et j'avais du mal à m'en remettre »

Axel, quant à lui, souligne la difficulté de se « laisser faire » et « d'être dépendant » des soignants notamment pour les soins. Il décrit certains mouvements de régression dans le contexte des soins physiques en resituant son âge « 20 ans » :

« Faut apprendre à se laisser faire aider, c'est dur au début, quand vous vous faites pipi dessus et que des gens doivent vous nettoyer c'est assez dur au début... A 20ans... Heu... à se laisser faire quoi, à se laisser assumer... c'est dur de... d'appeler quelqu'un parce qu'on s'est vomi dessus... enfin bref c'est assez compliqué mentalement au début d'accepter toutes ces choses-là en fait.... le fait d'être dépendant des autres, de pas pouvoir faire les choses tout seul quoi »

5.1.2 Image de soi

Les bouleversements se situent également au niveau de l'image de soi avec la perte des cheveux qui est apparue rapidement lors de la première cure de chimiothérapie. Nora évoque :

« J'ai perdu mes cheveux un peu plus de 10 jours après la première chimio et en fait ils se décrochaient comme si j'avais mis de la crème dépilatoire, vous savez, ils se détachaient comme ça... ça a été dur. J'suis allée chez le coiffeur, il m'a tondu quoi »

A ceci, Nora ajoute qu'elle a mis en place certaines choses pour pallier la perte des cheveux mais nous pouvons observer que ces stratégies ne satisfont pas la jeune fille qui se confronte à une image de soi modifiée. On observe également un sentiment d'étrangeté dans le fait de ne plus se reconnaître, et d'une mise à mal de l'identité.

«[...] et puis les changements aussi avec la perruque et tout... j'suis pas... parce que moi de base je me maquille pas heu... et là j'dois maquiller mes sourcils car y'en a plus beaucoup du coup, j'dois poser des faux cils parce que quand j'veux sortir et être un peu apprêtée et je déteste ! Je dois mettre du crayon noir... franchement quand je me maquille après je pleure parce que c'est pas moi »

Axel raconte aussi l'expérience de la perte des cheveux et de la barbe. Le terme « choc » employé deux fois par Axel montre combien la perte des cheveux a été extrêmement pénible pour lui. Aussi, il dit à

ce propos que c'est à ce moment là où il s'est senti malade ; lorsque les effets secondaires apparaissent et qu'une inscription de la maladie s'effectue au niveau du corps.

P : après mes cheveux sont tombés, deux semaines après.... Ça fait quand même un choc même pour un homme... ça fait quand même un choc, c'est à partir de ce moment qu'on se sent malade...

C : vous diriez que vous vous êtes sentis malade au moment où vous avez perdu vos cheveux...

P : bah on se sent un peu.... Moi j'l'ai très bien pris, même j'envoyé des vidéos à mes potes où je j'm'enlevais les poils, où j'enlevais les cheveux et ça fait mal bizarrement en fait de perdre ses cheveux...

C : c'est-à-dire

P : c'est douloureux, c'est-à-dire ça pique, donc moi j'me suis rasé les cheveux j'ai pas cherché.... J'ai les cheveux très courts de base donc ça a pas fait une grande différence. J'ai perdu ma barbe aussi, j'ai une grosse barbe normalement, la barbe ça n'a vraiment pas été dur pour moi, c'était pas une étape dure de mon cancer. J'me suis dit, le seul truc qu'est dur c'est le regard des gens en fait... les gens regardent... on se sent différent quoi, c'est ça qui est dur en fait on va dire.

Les effets secondaires sont également évoqués en parallèle du regard des autres pour certains. Le regard des autres qui peut modeler leur représentation d'eux-mêmes.

Face aux effets secondaires les participants développent une certaine vigilance quant à leur état de santé. De plus, dans une certaine anticipation des effets iatrogènes, les participants interrogés restreignent lors sorties.

Nathan dit à ce propos :

« J'évite de sortir pour éviter de chopper quelque chose »

Dans le même registre, Théo explique :

« Là la chimio est en train de se finir donc on a un peu aussi les effets secondaires donc heu on évite un peu trop de sortir »

Chaque participant évoque la difficulté d'accepter ce qui leur arrive au début de la prise en charge et en relatant l'histoire de la maladie.

Au fur et à mesure de l'entretien, les propos se nuancent. La difficulté de traverser la maladie et notamment la phase de traitement est toujours présente mais on aperçoit en filigrane une certaine « habitude » de ce qui se passe à travers la maladie et le fait de l'accepter.

5.1.3 Ajustement à la maladie

Nous observons également à ce sujet une volonté de faire face à la maladie avec notamment l'emploi des termes « se battre » et « tenir le coup ».

Théo évoque ainsi sa réaction face à l'annonce de la maladie :

« C'était un peu dur quand je l'ai appris. Heu.. j'ai essayé de faire avec, c'est... une fois qu'on le sait maintenant c'est trop tard on est dedans on est dedans. On pensait à tout sauf à ça.. mais maintenant que c'est parti faut se battre et tenir le coup quoi »

Nathan quant à lui évoque sa réaction face à la maladie et le fait qu'il accepte que ce soit là en utilisant à deux reprises le terme « accepter » et en soulignant le hasard que ce soit « tombé » sur lui.

« bah accepter la maladie c'est à dire je je.... J'le prends pas personnellement, j'me dis pas que c'est un coup du sort que ça met tombé dessus par... J'me dis pas que c'est quelque chose qui était fait pour moi, ça arrive à certaine personne, c'est tomber sur moi c'est pas d'bol mais dans tous les cas faut qu'j'accepte pour pouvoir avancer je pense... »

Raphael de son côté décrit une autre réaction face à la maladie, avec une certaine forme de minimisation :

« J'ai pris le cancer comme un gros rhume, on va dire c'est vraiment..... ça aurait pu arriver à n'importe qui d'autre, ça m'est arrivé tant pis »

Ce premier thème a pu mettre en avant les bouleversements induits par la maladie et les traitements. Ceux-ci ont une connotation différente selon les participants. Pour certains cela correspond à l'arrêt de leur scolarité pour un temps. Pour d'autres et la majorité des participants, cela

correspond aux effets secondaires induits par la chimiothérapie avec notamment la perte des cheveux vécue de manière très douloureuse. La confrontation aux pairs à cette période de vie est normale, mais l'apparition des effets secondaires induits par la maladie, font de cette confrontation, quelque chose d plus menaçant et douloureux. Peu à peu il apparait une certaine vigilance quant à leur état de santé avec cette volonté de ne pas aggraver leur état somatique ; pour certains cela les contraint à ne pas sortir par exemple. Enfin, en filigrane on souligne la volonté des participants de faire face à la maladie, et l'une des conséquences de celle-ci est de se confronter à des mouvements de régression notamment dans les soins physiques apportés par les soignants.

Par la suite, nous verrons que le deuxième thème de cette analyse qualitative s'inscrit dans la question majeure de cette recherche ; à savoir les consommations de substances et l'utilisation d'internet.

5.2 Deuxième thème majeur : les consommations de substances et l'utilisation d'internet : avant, pendant la maladie et réflexion sur l'après-traitement

Les participants ont évoqué spontanément, au cours des entretiens, leur mode de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis, à la fois au cours de leur traitement mais également en faisant référence à « avant » la maladie, et dans la perspective de l'après. C'est également l'occasion pour eux d'évoquer l'utilisation d'internet, et plus largement de l'ordinateur dans ce temps de traitement, toujours en ayant pour référentiel l'« avant maladie ».

5.2.1 Définitions des différents contextes de consommation

Le caractère festif et social des consommations d'alcool, de tabac, et de cannabis, est largement décrit par les participants et constitue le premier sous thème de ce thème majeur. De plus, les effets secondaires induits par ces consommations sont plutôt bien tolérés et vécus comme agréables par les jeunes interrogés. Ces derniers aspects sont notamment évoqués en référence à l'avant maladie.

Axel mentionne ses consommations d'alcool et de cannabis, mais aussi ses consommations de « drogues dures » selon ses propres termes, en se qualifiant d'emblée comme une personne aimant la fête :

« J'suis un bon fêtard quand même, mais ça reste... ça a toujours été festif j'ai jamais... j'ai jamais commencé à picoler la journée ou en me levant ou n'importe quand »

« J'vais jamais fumer si je conduis après ou j'ai jamais fumé entre les cours tout simplement parce que après on est abruti pendant les cours ... j'fume le soir avant de me coucher ou quoi que ce soit ».

On peut observer que l'emploi fréquent du terme « jamais » permet de clarifier certaines modalités de la consommation d'Axel en soulignant ce qu'il ne s'autorise pas :

« Bah en fait j'ai pris beaucoup de conneries heu.... Donc je dormais pas beaucoup etc..... J'ai fait pas mal de festivals et j'ai pas beaucoup dormi et j'terminais dans des états... j'étais pratiquement un légume ».

Malgré l'esprit festif souligné par Axel pour qualifier ses consommations, il emploie des termes plutôt à connotation péjorative comme « légume » pour qualifier son état après avoir fait la fête et consommé.

De son côté, Inès insistera également sur l'aspect festif de sa consommation d'alcool et de tabac qui se passe exclusivement dans des moments de partage avec ses amis :

« Je vois l'alcool et la cigarette comme quelque chose que je partage dans les moments festifs, en terrasse avec des amis quand j'suis avec mes copines et que j'prends un monaco heu... j'ai envie d'une cigarette tout de suite et en plus elles sont exactement comme moi [les amies] donc c'est horrible parce

qu'on fume toutes de la même manière. Toutes mes copines fument de la même manière, on fume toutes quand on se voit en soirée ou qu'on s'invite... et du coup... donc pour moi c'est vraiment un moment de partage ».

Raphael, de son côté, évoque sa consommation d'alcool lors de soirées, il décrit notamment une consommation excessive qu'il souligne en utilisant le terme « excès » :

« On buvait beaucoup c'était pour faire la fête, et euh généralement c'était dans l'excès à chaque fois »

A l'annonce de la maladie, il apparaît comme une prise de conscience de ses propres comportements. L'ensemble des participants évoque une diminution spontanée voire un arrêt de leurs consommations pendant les traitements. Ils expliquent ce constat d'une part par les effets iatrogènes (fatigue, nausées, vomissement) et le fait de ne pas vouloir majorer ces effets-là ; également en faisant référence aux conseils, parfois, donnés par leur oncologue référent.

5.2.2 Variation des modes de consommation

Axel explique l'évolution de ses consommations depuis l'annonce de la maladie. Avec le terme « pour pas vous cacher » il souligne son souhait d'être assez transparent quant à ses consommations.

P : j'ai arrêté c'est-à-dire que après j'vais fumer une clope de temps en temps Pour pas vous cacher j'fume ptêt une clope de temps en temps... aujourd'hui j'ai pas fumé, hier j'ai pas fumé par exemple, avant-hier j'ai pas fumé. J dois fumer 5 clopes par semaine....

C : d'accord, actuellement là pendant la chimio ?

P : depuis heu.... J'ai réduit ma consommation depuis que je sais que j'ai le cancer

C : d'accord

P : j'ai vraiment réduit depuis.. que les médecins m'ont dit tout simplement..... De 1 j'ai pas envie de fumé parce que je suis malade et j'suis pas bien de 2 c'est pas bon pour la chimio.... J'ai pas envie de me chopper un cancer du poumon à 60 piges.... Donc voila

Devant les propos précédent d'Axel, nous soulignons que son discours est peut être influencé par ma position de soignante, dans cette même institution, et qu'il peut présenter des mouvements de désirabilité au cours de l'entretien de recherche.

La diminution de sa consommation de tabac viendrait, entre autres, des dires et conseils des médecins. Au-delà du discours médical, il apparaît une vraie prise de conscience avec notamment les termes « je suis malade et j'suis pas bien » et le fait de se projeter dans plusieurs années et de vouloir se protéger d'un nouveau cancer.

Pour Nora, la consommation de cannabis est en lien avec l'esprit festif qui n'apparaît pas pendant les traitements contre le cancer :

« En fait j'en ai même pas trop envie parce que pour moi c'était festif du coup... ça restait festif. Du coup-là comme j'ai pas le cœur à ça, je me vois pas fumer [...]oui ma sœur elle m'a dit c'est pas top »

Nora décrit ainsi l'insouciance de la période avant la maladie, propice aux consommations, et la gravité de son contexte somatique actuel, pour expliquer l'arrêt de sa consommation.

« Là depuis que je suis malade j'ai arrêté parce qu'on m'a dit que avec les traitements c'était pas super mais c'était de temps en temps... »

Il y a également l'intégration de la parole de l'autre qui mène à l'idée d'arrêter de consommer, comme comportement de santé.

Nathan évoque également l'absence d'envie de fumer lorsqu'il ne se sent pas bien et notamment durant les cures de chimiothérapie. Il fait des liens ici entre le fait d'avoir à nouveau envie de fumer quand il se sent mieux, et après les effets secondaires de la chimiothérapie :

P : Je fume depuis mes 18 ans environ... donc heu bah après... j'ai pas arrêté pour autant parce qu'en fait les.... Pendant les chimiothérapies je m'arrête complètement parce que j'ai plus envie

C : d'accord, donc pendant les chimio tu ne fumes pas ?

P : non j'ai pas envie du tout, et on va dire une semaine après les chimio j'ai re-envie de fumer. C'est à partir de ce moment-là où je commence à me sentir mieux en fait donc....

C : et où refumer c'est ok pour toi...

P : bah c'est même pas que c'est ok pour moi c'est que j'ai envie.... On va dire pendant 2 semaines j'ai pas trop envie.....pendant la chimio et juste après la chimio j'ai pas envie du tout.... Mais après une fois que..... 'fin j' pense que c'est plutôt je sais que je vais mieux une fois qu'j'ai de nouveau envie de fumer on va dire

C : mmm...

P : quand j'vois que j'ai de nouveau envie de fumer j'arrive à me déplacer facilement enfin j'sens que c'est plus facile à ce moment là

Raphael évoque les recommandations du médecin concernant l'alcool :

P : depuis la maladie elle [la consommation d'alcool] a énormément réduit

C : c'était comment avant ?

P : euh en fait avant on va dire j'étais j'pense à une soirée ou 2 par semaine donc on va dire j'étais bourré une à 2 fois par semaine

C : d'accord

P : et à partir du moment où on m'a dit genre que j'avais un cancer et qu'on m'a dit « tu as l'droit à une seule bière par mois ».... Là ça à fait..... Genre un peu un choc on va dire

C : c'est-à-dire ça vous a fait un choc ? Racontez-moi

P : euh.... Bah en fait le truc c'est que du coup en fait toutes les soirées auxquelles j'allais en fait c'est... fait'y'avais plus vraiment on va dire d'intérêt..... Enfin si y'avait de l'intérêt on va dire d'aller voir les amis tout ça mais c'est plus la même ambiance quand y'a tout le monde qu'est bourré et qu'on est le seul à pas avoir bu une seule goutte d'alcool euh.... Y'a vraiment un décalage en fait, donc pendant un moment on va dire y'a eu une sorte d'isolement en fait... au niveau de Comment ça s'appelle euh de mon groupe de potes...

Raphael fait aussi des liens entre voir ses amis, le fait de consommer comme ses pairs, dans un processus groupal et d'identification, et l'arrêt de l'alcool ; avec le terme « mise de côté » pour parler de sa vie sociale. On peut observer les liens qu'il faisait avec le fait de consommer avec ses amis : Ici on s'interroge, par ailleurs, si c'est le fait de ne plus consommer qui le met à l'écart ou le fait d'être malade.

« bah du coup en fait au moment où on m'a dit par exemple une bière par mois et pareil c'était interdit de consommer du cannabis ou quoique ce soit, j'ai fait « bon... on va du coup calmer sur.... » En fait une bonne partie de ma vie sociale en fait du coup elle a été mise un peu de côté en fait.... »

Enfin, l'ensemble des participants évoquent l'idée selon laquelle, le fait de consommer, de l'alcool, du tabac et du cannabis, pendant les traitements contre le cancer est dangereux pour sa santé.

Théo dit à ce sujet :

P : non... je fume pas, j'ai déjà essayé mais c'est pas... je n'y trouve aucun plaisir à fumer donc... ça me dérange pas mais je fume pas. Et l'alcool j pense que... je consomme. 'fin je consomme, je suis comme tous les jeunes de maintenant, on boit de temps en temps mais sans excès.

C : et du coup concernant l'alcool, est ce que vous avez eu l'occasion....

P : non, comme quand on sort on a les médicament, on touche pas à l'alcool, il vaut mieux éviter les médicaments et l'alcool, pour l'instant depuis la nouvelle année pas d'alcool... donc heu... on peut très bien s'en passer...

L'emploi des termes « je suis comme tous les jeunes de maintenant » souligne la représentation de Théo à propos des consommations, qui seraient considérées comme normales, et attendues, chez les jeunes aujourd'hui.

Inès questionne les interactions entre les consommations et la chimiothérapie :

C : Mmmm... et du coup je repense à la cigarette et à l'alcool, du coup pendant ce temps de traitement vous consommez...

P : ah mais zéro ! zéro zéro zéro !

C : vous n'avez pas envie ou.....

P : non, déjà j me dis que... 'fin j'ai pas posé la question au médecin mais j'sais pas l'alcool me parait incompatible avec la chimio. J me dis chimio et alcool c'est pas possible ! Déjà rien que chimio et doliprane c'est pas possible.... Heu... chimio et doliprane, rien qu'alcool et doliprane !! On dit non faut pas mélanger avec les médicaments, moi j me dis j suis carrément sous chimio donc j'ai pas envie de tester ! non non ! là j'ai eu deux soirées, j prends des jus de fruits bio, enfin j les achète avant si... ceux qui en veulent en prennent, et moi j bois ça... j bois ça. J prends des cocktails de jus de fruits en

fait avec plusieurs jus dedans pour que ça fasse un petit peu... mais non non j'bois pas. Pas du tout ! Pas du tout de cigarettes, pareil j'me dis que c'est incompatible avec la chimio. Déjà que ça ça a fait un mal fou à mon corps si en plus j'en rajoute !

C : Mmmm...

P : et puis j'me dis que ça peut interférer, avec les Ah non non vraiment pour moi il faut... pourtant les médecins me l'ont pas dit mais ça me paraît évident.

Certains évoquent une vigilance quant à leur état de santé et cette volonté de se faire du bien. Nous reviendrons plus longuement sur ce propos dans le dernier thème de cette analyse qualitative.

Un troisième sou thème apparaît concernant l'utilisation d'internet.

5.2.3 Utilisation excessive d'internet

Comment nous l'avons vu au cours de ce travail de recherche, une utilisation excessive de l'ordinateur (jeux en ligne, jeux vidéo) modifiant le fonctionnement global de la personne peut constituer chez certains une utilisation problématique d'internet ou une addiction à internet. Les critères retenus pour l'addiction à internet répondent aux mêmes critères que ceux pour l'addiction aux substances.

Au cours des entretiens, la question de l'utilisation d'internet a émergé sans qu'on les questionne spécifiquement à ce sujet, lors de l'investigation des hospitalisations et notamment des activités que les participants pouvaient y trouver.

Certains participants décrivent une augmentation du temps passé en ligne dans le cadre de la prise en charge de la maladie. Ils expliquent ce phénomène par l'arrêt de certaines activités et parfois un certain ennui. Nous verrons à travers le témoignage des participants que les activités sont diverses en ligne et dans le contexte de la maladie.

Théo évoque une stabilité de l'utilisation entre avant la maladie et actuellement en cours de traitement. Il utilise beaucoup les réseaux sociaux tels que *Facebook* pour rester connecté au monde extérieur dit-

il. De plus, il précise qu'il ne parle pas de la maladie sur les réseaux sociaux car c'est de l'ordre de l'intime et il se méfie de la circulation des informations sur internet :

C : et au niveau d'internet, ici vous l'utilisez beaucoup ?

P : j pense que je l'utilise beaucoup, notamment les réseaux sociaux, facebook tout ça... mais pas pour montrer la maladie que j'ai mais pour voir comment se porte notre monde...

On peut se demander si les derniers mots de Théo « pour voir comment se porte notre monde » souligne une certaine curiosité ou une certaine norme d'être connecté sur les réseaux sociaux.

Et plus loin à propos de la confidentialité sur *Facebook* et sur la gestion de l'intimité :

C : et tout à l'heure vous avez dit quelque chose d'intéressant quand vous parliez de facebook vous avez dit que ce n'était pas pour raconter la maladie

P : oui

C : qu'est-ce que vous entendiez par-là ?

P : bah j pense que ça doit rester dans le domaine du privé donc heu... pas l'exposer à tout le monde

C : Mmm

P : après pourquoi pas une fois que ce sera fini de dire j'ai eu un cancer oui possible mais... parce qu'après... On peut jamais savoir tout ce qu'il se raconte sur internet

C : vous diriez que vous êtes prudent par rapport à ça ?

P : voilà c'est ça

C : ça ça a toujours été par rapport aux réseaux sociaux ?

P : ouais, pas mettre n'importe quoi sur internet

Pour Nathan, la diminution du temps passé en ligne est en lien avec les symptômes de fatigue. Il explique que lorsqu'il est fatigué par les traitements, il lui est difficile de se mobiliser pour porter et brancher l'ordinateur :

P : j'ai moins la force de prendre mon pc, de le soulever enfin....ça voudrait dire que j'aïlle le chercher, que je le soulève, que j'aïlle le brancher, 'fin ça me démotive.... Par rapport à l'ordinateur du coup

C : oui j'ai vraiment l'impression que la fatigue physique... donc ça t'empêche de sortir, de poursuivre tes activités et de faire aussi autre chose...

P : oh oui voilà pendant les chimio où je fais rien de toute la journée, où j'suis dans la chambre branché, là je peux pas aller chercher mon ordi, ça me prendrai.... Enfin ça me prendrai trop de temps, d'énergie heu..... j'pense j'suis un peu moins sur internet, les jeux vidéo j'y joue pas... mais internet je pense j'y suis moins, après c'est pas ma volonté mais c'est le processus d'aller chercher

Inès décrit une augmentation du temps passé en ligne. Elle décrit de plus un manque de plaisir lié à cette augmentation et la volonté de contrôler ce temps passé en ligne en ne prenant pas, volontairement et par moment, son ordinateur lors d'hospitalisation :

P : [...] sinon qu'est ce qui a de changé, le fait de sortir, de faire mes achats toute seule par exemple j'fais tous mes achats sur internet, là j'avais des petits cadeaux de Noël à acheter et vu que j'peux pas sortir je fais tout par internet...

C : et ça c'est assez nouveau pour vous du coup...

P : d'être autant sur internet ? ouais... heu oui oui carrément.

C : et du coup vous passez plus de temps sur internet en ce moment ou pas plus qu'avant ?

P : Mmmm.... Bah la justement j'ai pas pris mon ordi parce que la semaine dernière j'ai fait que ça... mais sinon l'ordi j'en fais plus, je regarde des p'tites vidéos, mais je sens que ça me blase... ça m'enlève le peu d'énergie, ça me blase un peu... donc j'me suis dit cette semaine je le prends pas. Mais oui j'y suis un peu plus.

C : vous regardez des séries c'est ça....

P : oui des vidéos, des séries, j'fais des achats...

Raphael se décrit d'emblée comme un « geek ». un geek se définit comme une personne passionnée par un ou plusieurs domaines précis, comme par exemple la technologie ou l'informatique. Auparavant Raphael passait énormément de temps en ligne notamment pour jouer. Longuement au cours de l'entretien il relate son expérience du jeu et ce que le jeu a permis. Il insiste notamment sur le caractère social des jeux en ligne avec de véritables rencontres et des liens amicaux authentiques :

« Euh bah en fait.... C'est marrant mais on va dire en général les... les... Quand on voit des critiques sur les jeux vidéo, les gens qui critiquent ou qui font des stéréotypes genre « ouais les gens c'est des no life ils passent leur vie chez eux ils ont aucune vie sociale » et ben je pense que ceux qui passent plus de temps sur les ordinateurs en général ou à jouer ils ont quand même une vie sociale vraiment bien développée en fait..... parce que en fait rien que le fait de parler avec pas mal de gens en fait sur

les jeux en ligne, sur les forums, on commence à créer des contacts si on.... On va dire on accroche bien avec ces contacts on peut les rencontrer quand on le désire et ou même pendant des conversations en fait qui rassemblent des gens, généralement ça attire pas mal de monde et le fait de créer tout le temps tout le temps des contacts c'est super enrichissant, on découvre pas mal de gens, moi j'ai découvert des artistes, des gens qui travaillent à peu près dans le même milieu que moi sur les jeux. J'ai découvert des gens qui habitaient à côté de chez moi via les jeux, c'était assez marrant, c'est... C'est vraiment... En fait c'est Internet, c'est les jeux vidéo c'est vraiment un lieu de rencontre... »

A travers la sphère virtuelle, Raphael souligne qu'il se sent proche des gens qu'il rencontre sur internet, ce qui peut amener à une certaine proximité.

Depuis la maladie et l'arrêt de sa scolarité, Raphael reconnaît qu'il « passe le temps » sur l'ordinateur et qu'il y consacre plus de temps étant donné qu'il ne travaille plus. Toutefois, lors des hospitalisations il ne joue pas car il ne dispose pas du matériel nécessaire et il admet que la fatigue l'empêche de jouer. Aussi, il décrit un décalage de rythme du jeu entre l'hôpital et le domicile. En effet, alors que chez lui il joue plutôt la nuit, pour s'ajuster aux horaires des personnes avec qui il souhaitait jouer, à l'hôpital il retrouve un rythme veille-sommeil plus « normal ».

Raphael explique qu'il trouve le temps passé en ligne et l'absence d'autres activités ennuyeux, et qu'il a hâte de reprendre une vie plus active. Au-delà du jeu en ligne, il explique qu'il s'est ouvert à d'autres choses et s'est intéressé à des thèmes notamment alimentaires *via* internet. Nous évoquerons plus longuement cette modalité-là dans le sous thème « alimentation » :

« Grâce à internet en fait j'ai découvert par exemple des associations comme « Sea Shepherd » »
[...]

C : d'accord vous êtes investi dans...

P : un petit peu ouais j'essaye de regarder.... Avant ça m'intéressait pas du tout et en fait à écouter les gens tout ça, ça m'a plutôt ouvert les yeux. J'essaye de passer végétarien aussi.....

Enfin, Nora raconte qu'elle constate une majoration de l'utilisation d'internet depuis la maladie. Elle fait des liens entre cette majoration et le fait de ne plus avoir d'activité. Nora relèvera également le caractère parfois ennuyant d'internet. Son activité sur internet se fait à différents niveaux. Le premier

concerne le fait de regarder des séries, le second correspond à une utilisation en lien avec la maladie avec notamment la recherche de conseils sur la beauté (maquillage, vêtements et soin des cheveux). Nora relatara par ailleurs une mauvaise expérience à propos des forums de partage d'expériences qu'elle a lus sur la maladie. Elle évoquera longuement le désinvestissement des réseaux sociaux et notamment Facebook, où elle ne souhaite plus se montrer, comme elle pouvait le faire auparavant. Ce désinvestissement passe notamment par le fait de retirer certaines photos datant de la période avant la maladie:

« J'ai plus envie d'avoir Facebook d'ailleurs j'ai plus de compte, j'ai plus envie de poster 30 photos. Ça m'intéresse plus et même si ça m'intéresserait encore j'ai plus envie de le faire parce que j'ai plus envie qu'on me voit en fait. »

Elle évoque également l'après-traitement et son souhait de ne plus faire « comme avant » sur les réseaux sociaux :

« Même si mon physique après il redevient normal j'ai plus envie d'être dans ça. Je serai discrète en fait... »

Nora décrira comme une rupture dans ses habitudes à ce propos. De plus, elle explique l'arrêt d'utilisation de Facebook pour se protéger. En, quelque sorte, elle évite de se confronter à la vie qui continue pour les autres :

« C'est un peu méchant de dire ça mais je souhaite le malheur à personne mais c'est chiant d'avoir sa vie qui est stoppée et de voir celle des autres qui continue... ». Bien qu'internet affiche la normalité des gens, cela peut susciter des mouvements de jalousie et/ou d'agressivité ; même si Nora les dénie.

Ce second thème concernant les consommations met en avant l'aspect festif largement décrit par chacun des participants concernant leur consommation soit de tabac, d'alcool ou de cannabis. C'est aussi l'occasion pour les participants de souligner les changements de comportements face à leurs consommations qui s'inscrivent dans le parcours de la maladie. Par ailleurs, concernant l'utilisation d'internet, si parfois il apparaît une augmentation du temps passé en ligne ceci est en lien avec l'arrêt

des activités. Aussi, pour certains c'est également l'occasion de rester en lien avec leurs pairs. Ce qui nous amène à notre troisième thème de cette analyse concernant les relations sociales.

5.3 Troisième thème majeur : les relations sociales

Les relations sociales constituent le troisième thème de cette analyse qualitative. Ce thème est abordé sous différents angles selon les participants. On y retrouve les relations familiales, amicales et le rôle que celles-ci ont auprès des patients-participants.

5.3.1 Verbalisation de la reconnaissance pour les proches

Axel exprime son souhait de « gâter » sa famille et sa petite amie pour les remercier de leur présence à ses côtés :

« Et puis j'ai hâte de gâter ma famille, de gâter ma copine quoi.... Qui ont été là pour moi quoi et j'ai envie de les remercier à fond et la première chose que je ferai dès que je serai frais c'est de mettre de l'argent de côté pour inviter ma copine en voyage qui m'a beaucoup soutenu. Pour inviter ma famille en voyage. »

Il décrit également toutes les visites qu'il a eues au cours des cures de chimiothérapie :

« J'ai eu beaucoup de visites moi aussi... y a tous mes amis qui venaient me voir, ma famille, ma copine, ma copine elle est venue, tous les jours de chaque cure »

Inès quant à elle, évoque une certaine rupture dans sa vie sociale due aux hospitalisations répétées. Elle évoque par ailleurs une culpabilité quant au fait de ne pas se sentir en forme pour profiter de ses proches quand elle rentre chez elle. D'ailleurs, on peut émettre l'hypothèse que c'est parce qu'ils culpabilisent qu'ils sont reconnaissants.

« J'ai vraiment l'impression d'être tout le temps à l'hôpital quoi.... Donc ça déjà ça change beaucoup au niveau de ma vie sociale, j'vois beaucoup moins mes amis, avant bah j'allais en cours. Avant j'avais l'impression d'avoir une vie sociale et que j'ai un peu perdue. Quand je rentre je suis pas forcément en forme le weekend donc pareil au niveau de mon copain et de ma famille je culpabilise parce que

j'me dis que j'aurai aimé que quand je rentre la maladie soit entre parenthèse et en fait non on est toujours malade quand on rentre chez soi. »

Nathan décrit dans ce sens un changement également dans le fait de partager des moments avec ses amis :

P : mais là je sors plus du tout heu.... Je vois quelques amis mais c'est pas en sortie, ils viennent me voir, les activités je peux plus faire grand-chose.

[...]

C : on a évoqué l'arrêt de l'activité professionnelle, avec tes amis, du coup...

P : oui plus délicat

C : plus délicat ?

P : oui bon après c'est pas impossible, ils viennent me voir à l'hôpital. Juste on fait pas les mêmes choses.

Les relations sociales sont également abordées, pour certains, au travers des patients rencontrés au cours des hospitalisations.

5.3.2 Etayage sur les autres patients qui sont de nouveaux pairs

Pour Axel les autres patients peuvent être investis comme une force pour traverser la maladie ; dans le cas ici d'un décès d'une autre patiente :

« En fait j'ai eu ma voisine de chambre qu'est morte pendant la deuxième cure, c'est mon appui ma meilleure amie en fait à l'hôpital et en fait depuis ce jour-là ça m'a donné encore plus de force en fait... »

Le deuil dont Axel fait part permet, semble-t-il, un mouvement de croissance chez lui ; nous pouvons l'observer avec l'emploi du terme « force ».

Plus tard il évoquera aussi le fait de se retrouver avec un autre ami pendant les cures de chimiothérapie. L'emploi du terme « ami » et non « patient » qualifie bien les relations intimes qui peuvent naître au cours des hospitalisations et l'importance qu'Axel accorde à ce lien.

« Donc j’suis arrivé à ma troisième cure donc c’était y a deux semaines, y a pas très longtemps, et la troisième cure, alors à l’hôpital ça s’est plutôt bien passé. Parce que j’ai retrouvé un ami qui était là en même temps que moi donc on a passé la semaine ensemble... »

Pour Nora, on retrouve les relations sociales, comme vu précédemment, au travers des réseaux sociaux.

Aussin pour elle, se confronter à la vie des autres peut être violent et susciter de l’agressivité :

P : [...] Et la vie des gens elle me.... y a certaines personnes j’avais pas trop envie de voir qu’elles s’amusaient. J’avais un peu la haine...

C : la haine....

P : ouais ça me saoulait ! que ça m’arrive à moi... malgré que je souhaite de mal à personne et tout mais j’aimais pas trop le sentiment de voir les autres vivre et pas moi. Voilà...

Enfin, lorsque les différentes consommations de substances psychoactives sont évoquées, d’emblée chacun des participants fait des liens avec le fait de partager un moment entre amis.

Raphael décrit l’impact que la maladie a eu sur les consommations, comme vu précédemment, mais également sur son groupe d’amis en lien avec les consommations :

« En fait toutes les soirées auxquelles j’allais en fait c’est... fait’ y’avait plus vraiment on va dire d’intérêt..... Enfin si y’avait de l’intérêt on va dire d’aller voir les amis tout ça mais c’est plus la même ambiance quand y’a tout le monde qu’est bourré et qu’on est le seul à pas avoir bu une seule goutte d’alcool euh.... Y’a vraiment un décalage en fait, donc pendant un moment on va dire y’a eu une sorte d’isolement en fait... au niveau de Comment ça s’appelle euh de mon groupe de potes... »

Inès dit à ce sujet :

« Je vois l’alcool et la cigarette comme quelque chose que je partage dans les moments festifs, en terrasse avec des amis quand j’suis avec mes copines »

Les relations sociales sont évoquées sous différentes modalités. Bien sûr nous retrouvons les proches au sein des familles et également les amis. Les participants évoquent le fait que leurs relations sociales et notamment la manière de côtoyer leurs proches s’est modifiée. Les relations sociales sont également évoquées à travers les rencontres faites au sein même de l’hôpital. Les autres patients constituent, pour

certain, un repère lorsqu'ils arrivent en hospitalisation. Enfin, les réseaux sociaux constituent un média pour accéder à ses pairs. C'est parfois assez violemment que certains participants font face à la vie « normale » de leurs pairs.

Nous arrivons à notre dernier et quatrième thème majeur où il sera question de la manière dont les participants transforment l'expérience de la maladie.

5.4 Quatrième thème majeur : Transformer l'expérience de la maladie

Le dernier thème majeur de cette analyse qualitative a trait à la manière dont les adolescents et les jeunes adultes malades transforment l'expérience de la maladie. Ils évoqueront pour se faire le fait de repenser certains liens sociaux, le fait de repenser son avenir et d'évoquer la maladie en des termes positifs.

Inès s'exprime sur les aspects positifs de l'expérience de la maladie en soulignant des relations amicales qui se confirment, ou d'autres qui se créent, avec notamment l'emploi des termes « surprise » et plus loin « hyper plaisir » ou encore « on voit vraiment ceux qui sont là ». Les aspects positifs de l'expérience de la maladie sont très en lien avec le lien aux autres :

« mais là j'ai été surprise par mes deux meilleures amies qui me demandent pratiquement chaque semaine comment ça va, qu'essaient dans leur emploi du temps de se démerder pour qu'on se voit heu... même le week end, et ça fait hyper plaisir, et contrairement à d'autres qui beaucoup moins alors que j'aurai pensé l'inverse... ça c'est vrai qu'on nous le dit toujours que dans ce genre de moment on voit ceux sur qui on peut compter et c'est tellement vrai ! On voit vraiment ceux qui sont là et ceux qu'on pensait qui seraient là et qui le sont pas... »

Elle évoque également le fait d'utiliser ce temps de traitements pour se sevrer de la cigarette, (selon ses propres mots), avec cette volonté de se prouver quelque chose à soi-même, selon ses propres termes. Elle fait l'expérience que l'arrêt du tabac fonctionne pendant les traitements, et que cela puisse devenir pérenne :

« Ce sera mon sevrage les 9 mois et après j'arrêterai complètement la cigarette [...] Je vais utiliser ce moment-là, j'arrête plus tôt tant pis mais c'est mon fameux sevrage. Ça me permet de me prouver à moi-même que j peux passer de bonnes soirées sans boire et fumer, et au bout de 9 mois j serai habituée, et tout le monde sera habitué et on me proposera plus et voilà... du coup ce sera parfait ! »

Axel évoque longuement combien le cancer « transforme une personne », selon ses propres termes. Pour traduire cette transformation Axel utilisera des mots à connotation négative avec notamment à plusieurs reprises le terme « dur » :

« Un cancer ça transforme une personne, peu importe lequel... C'est une étape de la vie, une des plus dures. Pour moi, depuis que je suis né, ça a été mon plus dur combat quoi. C'est mon plus dur combat encore aujourd'hui, j'ai jamais touché le fond pareil... vraiment on touche le fond et ça m'a montré à quel point, ça m'a fait redescendre dans mon estime, ça m'a montré à quel point j suis comme tout le monde... »

Axel évoque également qu'il a appris sur lui et a réévalué sa manière d'être en des termes plutôt positifs. Il décrira également son souhait d'aider les autres et de profiter de la vie en précisant la distinction entre la période de rémission et la guérison :

Ici, les aspects positifs de l'expérience de la maladie permettent une certaine élaboration d'un altruisme qui s'est accrue avec cette expérience, avec notamment le terme « solidaire ».

« C'est vraiment mon état d'esprit quoi, c'est quand même super quoi, ça a quand même des côtés positifs on va dire le cancer... c'est vraiment heu... et puis ça transforme une personne, on est beaucoup plus, on fait plus attention aux autres en fait, moi j'étais super solidaire avant mais on est encore plus solidaire vraiment, on a envie d'aider les autres, de machin, de faire partager son expérience pour aider justement les gens qui ne savent pas comme moi au début on sait pas ce que c'est, on a peur.... On a envie d'aider tout le monde on est beaucoup plus patient. Moi j'ai appris à être patient, ça m'a beaucoup aidé, à me dire « bon attends, c'est pas grave », quand j voulais quelque chose j le voulais de suite, maintenant j suis plus patient.... Ouais y a pleins de points positifs quand

même et puis on a envie de profiter de la vie parce que une rémission c'est pas une guérison donc on peut retomber quoi tout simplement.

Enfin, il évoque la perspective de sa propre mort et le fait de profiter de la vie dans une perspective incertaine :

« Si j'dois mourir dans 5 ans, 3 ans, 4 ans j'en sais rien ou dans 6mois bah faut que j'profite à fond quoi.... J'mourrais en ayant profité quoi »

Nora évoque l'expérience de la maladie en des termes positifs concernant le fait de reprendre des activités qu'elle avait désinvesties auparavant :

« Et en fait je me rends compte... et tant mieux parce que c'est un bien la maladie parce que... enfin ça a un côté bien parce que avant j'étais super fainéante mais là j'ai envie de faire des choses, de travailler, d'aller à la bibliothèque alors qu'avant je m'en foutais un peu mais là... ça fait déjà deux mois et ça me fatigue. Voilà. »

Nora explique également au niveau des relations sociales, comme Inès, qu'elle a fait du « tri » dans ses amis :

« J'ai fait énormément de tri dans mes amis aussi. Y a beaucoup de personnes, que j'pensais pas mais qui se sont beaucoup rapprochées de moi, et d'autre qui m'ont pas calculé à l'annonce de la maladie donc j'ai fait le tri comme ça c'était bien. Donc comme je disais c'est un mal pour un bien sur certain point ça permet de trier beaucoup »

Par ailleurs, L'analyse des thèmes majeurs a permis de mettre en lumière des thèmes secondaires, présents dans quelques entretiens seulement mais qui permettent d'approfondir l'analyse.

6. Analyse des thèmes secondaires

Nous relevons deux thèmes secondaires : la dépendance et l'hygiène de vie

6.1 La dépendance (soins médicaux et le retour chez les parents)

Ce que nous appelons ici « dépendance » a été évoqué pour trois des participants sous différentes formes. La dépendance s'inscrit ici dans le fait de retourner vivre chez ses parents pendant les traitements contre le cancer mais aussi le fait d'être pris en charge physiquement, c'est-à-dire pendant les soins, par une équipe soignante. Nous faisons ici un parallèle avec les mouvements régressifs, soulignés dans la littérature, chez les jeunes patients en cours de traitements pour des maladies somatiques.

Trois des participants évoquent le fait de vivre chez leurs parents le temps des traitements et deux des participants expliquent clairement qu'ils ont quitté leur appartement pour revenir chez leurs parents.

Nathan explique à ce propos qu'il alterne entre les venues à l'hôpital et chez sa mère :

« C'est un protocole particulier et du coup en fait je fais ma chimiothérapie, une fois que j'ai fini ma chimiothérapie je vais chez ma mère dans le cantal en fait donc toutes les 3 semaines je fais les allers-retours, donc ça me laisse pas vraiment de répit en fait...je suis toujours sur la route, toujours en train de bouger »

Axel est retourné vivre chez sa mère après avoir vécu longtemps seul :

« Moi ça fait longtemps que j'habite tout seul, là j'suis rentré chez ma mère quoi..... Ça fait 6 mois que j'habite chez ma mère heu... »

Il reviendra longuement sur le fait de se sentir dépendant du corps médical :

« Faut apprendre à se laisser faire aider, c'est dur au début, quand vous vous faites pipi dessus et que des gens doivent vous nettoyer c'est assez dur au début.... A 20ans.... Heu.... à se laisser faire quoi, à se laisser assumer... c'est dur de... d'appeler quelqu'un parce qu'on s'est vomi dessus... enfin bref

c'est assez compliqué mentalement au début d'accepter toutes ces choses-là en fait.... le fait d'être dépendant des autres, de pas pouvoir faire les choses tout seul quoi »

Inès évoque le fait d'avoir quitté son appartement dans lequel elle venait juste d'emménager pour revenir vivre chez ses parents le temps des traitements, fortement conseillé par son médecin référent.

Inès évoque ceci dans le sens d'un certain deuil à faire de « sa vie d'avant », selon ses propres termes :

C : je reviens sur.... Vous avez évoqué tout à l'heure le deuil de votre vie d'avant

P : ouais

C : vous pouvez m'en dire davantage ?

P : [...] Et de toute façon ça a déjà commencé j'ai dû rendre mon appart alors que je venais de l'avoir, j'étais en train de passer un concours j'ai dû le reporter, le deuil de la vie d'avant il a commencé bien avant de commencer les chimio et tout ça...

[...]

C : vous diriez que ça a commencé à peu près quand du coup ?

P : heu... quand j'ai appris, quand j'ai eu l'annonce, le chirurgien m'a dit... je lui ai demandé pour l'appart il m'a dit « honnêtement.... » Enfin il savait que c'était un type de cancer où on était beaucoup hospitalisé, c'est pas comme en hôpital de jour après on rentre chez soi et de toute façon il m'a dit « tu peux pas vivre seule », c'était un petit appartement pour moi toute seule même si ça avait été en hôpital de jour tu pourrais pas vivre seule. Donc j'ai dû le rendre ; et ça faisait très peu de temps que je l'avais, il était trop mignon, et du coup j'ai pas vécu beaucoup dedans et j'ai pas profité beaucoup parce que j'avais mal, c'était une période où je souffrais tout le temps. J'étais tout le temps sous doliprane ou sous anti inflammatoire ou ce genre de chose, donc j'ai même pas trop profité.

Le second thème concerne l'hygiène de vie et plus précisément l'alimentation qui est évoquée par quelques-uns des participants de manière assez précise. Pour certains l'alimentation est évoquée sous forme de préoccupation durant les traitements et pour d'autres la question de l'alimentation est évoquée pour repenser les habitudes alimentaires.

6.2 Hygiène de vie : alimentation

Nora évoque longuement ses préoccupations alimentaires avec notamment le fait qu'elle a pris du poids durant les traitements. Elle explique cette prise de poids, d'une part par l'absence d'activité et d'autre part par le fait de prendre des corticoïdes et également une contraception. Nora évoque ses changements alimentaires et les habitudes qu'elle a prises à ce sujet depuis la maladie. Elle évoque également le fait de se sentir très mal face à cette prise de poids :

P : j'ai pris beaucoup de poids aussi. Déjà parce que je prends des corticoïdes en ce moment donc je suis gonflée et tout.... Mais là j'suis arrivée à un poids où j'ai jamais été de ma vie, j'ai pratiquement 15 kg en plus.

C : C'est depuis la maladie....

P : depuis juillet j'ai dû prendre 6 kg déjà depuis le mois de juillet parce que je m'ennuie et je mange. Et comme je fume pas et je bois pas , je crois que je mets un peu tout sur la nourriture.

C : c'est-à-dire, racontez-moi un peu les changements alimentaires que vous avez...

P : bah je mange pas aux bonnes heures en fait ; je me lève tard, à l'heure de manger 12h 13h, je vais manger un peu, puis je vais manger à 17h puis après je vais manger à 20h parce que mes parents m'appelle pour dîner puis je vais manger à 2heure du matin du coup je fais plus de repas que je devrais, par contre je mange que du salé, j'suis pas trop gâteaux.... Là ils m'en ont ramené mais c'est très rare. Ça me fait plus de repas que je devrais... et donc j'ai pris du poids.

C : vous vous sentez comment par rapport à cette prise de poids ?

P : extrêmement mal ! Je déteste... depuis toujours j'ai un problème avec mon poids, j'ai jamais été vraiment en surpoids. Mais toujours j'suis pas bien quand j'ai des kg en trop mais là j'peux vraiment pas faire de sport, c'est-à-dire que je monte 6 marches d'escalier j'suis en tachycardie, j'peux pas en faire, ça m'saoule. On se sent comme une loque, on est toute la journée au lit, on peut pas faire de sport...

Le fait pour Nora d'évoquer son alimentation et sa prise de poids lui permet, semble-t-il, de faire des liens avec son hygiène de vie avant la maladie :

« Ouais c'est ça du coup je peux pas me dépenser du coup je prends du poids, en plus je prends des corticoïdes et en plus une pilule parce que... elle m'a dit que c'était mieux que tu sois pas indisposée pendant ma chimio sinon ça va être relou. Du coup j'ai dû prendre pas mal de kg avec les corticoïdes et la pilule. J pense que quand j'arrêtera tout ça je perdrais un peu mais j'ai vraiment envie.... En fait dès que ma maladie va s'arrêter je vais vraiment reprendre une ligne de vie saine... en fait parce que c'était pas trop le cas avant »

Raphael, de son côté, évoque le souhait de changer son alimentation. Il ne fera pas forcément de lien direct avec la maladie mais plutôt le fait de s'être ouvert à autre chose grâce à internet. Le seul lien qu'il fera avec la maladie est de ne pas pouvoir appliquer ses changements alimentaires durant les traitements. Enfin, il explique que changer d'alimentation c'est aussi se confronter à d'autres habitudes alimentaires, comme celles de ses parents chez qui il vit :

P : J'essaye de passer végétarien aussi.....

C : ah bon, et ça c'est internet qui vous a.....

P : ça m'a ouvert les yeux ouais sur pas mal de choses en fait, bah comment étaient traités les animaux dans les abattoirs, tout ça en fait, ce qu'on voyait pas à la tv.... C'qu'on.... On va dire les trucs qui sont cachés, à discuter avec des gens qui sont passés végétalien... et en fait ouais ça ouvre les yeux sur pas mal de choses voilà....sans forcément entrer directement..... en fait dedans, on donne une information on y croit directement J'essaye d'aller on va dire chercher un peu plus profondément, ce qu'il en est vraiment quoi.....

C : d'accord donc vous avez dans l'objectif de changer un peu votre alimentation

P : ouais, donc ce qui est difficile, avec mes parents vu qu'en fait c'est.... on va dire on est une famille de bons mangeurs et de cuisiniers en fait en générale donc la viande on va dire ça fait partie..... ça fait bien partie des repas qu'on mange en générale donc c'est assez compliqué de..... que moi je passe végétarien en fait parce qu'ils disent.....une vache c'est fait pour être mangé quoi !

Et à propos de la maladie :

C : et est-ce que le fait d'être aussi en cours de traitement ça vient vous questionner sur votre alimentation ou pas du tout ?

P : euh non pas spécialement non non

C : non....la maladie ne rentre pas compte....

P : non pas vraiment

C : d'accord

P : j'sais juste qu'en fait.... je..... y'a une seule chose que j'peux pas faire en fait avec la maladie en fait..... c'est justement passer végétarien directement parce que je pouvais pas prendre certains compléments alimentaires... ou quoique ce soit en fait

Enfin, Inès évoque longuement les changements en termes d'alimentation, liés à la maladie. Elle évoque dans ce sens le fait qu'elle soit dépendante vis-à-vis de l'alimentation et de ne pas choisir ce qu'elle souhaite. Elle fera également des liens avec le fait de ressentir un manque de maîtrise :

P : Au niveau de mon alimentation ça a changé pareil parce que j'ai l'impression d'avoir moins de pouvoir sur moi-même parce que je peux pas décider à quelle heure je mange, ce que je mange, à l'hôpital par exemple... tout ça c'est... on dépend vachement du système, on est un peu moins autonome quoi...

C : Pour l'alimentation vous parlez aussi de ce que vous mangez chez vous ?

P : non chez moi ça va j'ai déjà un peu plus de pouvoir mais c'est vrai qu'il faudrait que je demande à ma mère... faudrait que j'anticipe et que j'demande à ma mère « tu pourrais acheter ça ça ou ça ».. Parce que si j'arrive le week end comme ça évidemment je mange ce qu'il y a. Mais ça je sais pas pourquoi ça m'atteint la nourriture mais... j'aimerais bien... parce qu'à l'hôpital c'est pas hyper bon c'est pour ça ! voilà... j'crois que c'est tout...

Inès décrit le choix de ses aliments en fonction des effets secondaires qui apparaissent avec la chimiothérapie :

« C'est que j'dépends beaucoup des gens pour tout heu... ma mère, mon copain, je les sollicite beaucoup pour me prendre des trucs par ci par là pour m'acheter des trucs.. même d'alimentation, par exemple là j'lui ai dit qu'il fallait que je mange des légumes parce que je suis constipée etc.. et donc j'ai tout de suite dit à ma mère « est ce que tu peux m'acheter une poêlé de légumes verts picard comme ça je mangerai ça ce week end » parce que je vais chez les parents de mon copain,

j'ose pas demander à sa mère de cuisiner des légumes juste pour moi donc j'lui dis que je ramène ça »

Enfin, elle raconte une prise de conscience et de décision de changer son alimentation, pour conclure sur sa volonté de se faire du bien après les traitements et la maladie. Nous reviendrons plus longuement sur ce sujet dans la dernière partie de cette analyse qualitative.

« J'ai eu une mini prise de conscience où j'ai commencé à bien m'alimenter, toute seule... heu... parce que j'ai travaillé au marché le samedi matin et d'être baignée dans les fruits et légumes j'me suis rendu compte que j'en mangeais pas et vu que j'travaillais là-bas, j'faisais mes achats là-bas c'était plus pratique, j'faisais toujours un p'tit sac et j'me suis mise à cuisiner parce que qui dit légume dit « tu les épluches et tu les prépares » et j'me suis rendue compte que j'aimais ça et Que ça me faisait du bien, au transit etc. et j'ai commencé à vraiment à m'intéresser à l'alimentation, à me rendre compte de pleins de choses, à quel point on se... on s'alimentait mal, on se pourrissait tout ce qui est industriel c'est poison comme pas possible, le sucre blanc..... Pleins de choses qui servent à rien et qui nous.... Et mais c'est affolant, vraiment c'est affolant quand on regarde au niveau des nutriments, faudrait prendre tout complet et pas du riz simple parce que ça nous apporte rien, 'fin y a plein plein de choses quand on prend conscience faudrait changer des tas de choses en fait. et du coup j'ai vraiment pour projet de me faire du bien après tout ça... ».

Toute cette partie vient résonner avec ce que j'ai abordé plus haut sur la croissance et la manière de transformer la maladie. Bien qu'elle s'est rendu compte de la qualité de son alimentation antérieurement à la maladie, elle en parle maintenant, dans son contexte somatique actuelle.

La dernière partie de l'analyse qualitative souligne les similitudes et les différences entre les participants concernant la mise en sens de l'expérience de la maladie.

7. Description des similitudes et des différences dans la mise en sens

Les similitudes et les différences dans la mise en sens de la maladie concernent deux points de réflexion sur d'une part l'origine de la maladie et d'autre part, la religion.

Nora et Axel ont abordé, chacun, la question de l'origine de la maladie. L'origine de la maladie selon Axel, s'inscrit dans son histoire personnelle et ses habitudes festives et son hygiène de vie.

Axel, à ce moment-là fait une différence entre une bonne hygiène de vie dans laquelle il faisait du sport et mangeait plutôt bien selon lui et une mauvaise hygiène de vie avec notamment le fait d'avoir consommé, à cette époque, des drogues qu'il qualifie de « dures » : ecstasy et cocaïne. Par ailleurs, à plusieurs reprises il reviendra sur l'hypothèse que l'origine de son cancer est liée à une mauvaise alimentation. Ce qui nous fait penser aux théories profanes, lorsque les patients s'interrogent sur la cause et le sens de la maladie (Pédinielli, 1996).

Il fait notamment des liens entre le fait d'avoir beaucoup fait la fête, d'avoir peu dormi et d'être plus vulnérable quand la maladie est apparue.

« 'fin mon cancer du moins a priori ce serait à cause d'une alimentation particulière. j'pense pas avoir une alimentation désastreuse surtout que je fais beaucoup de sport donc je mange assez protéiné ou assez simple mais sans prendre de protéine ou de shaker ou n'importe quoi donc j'mange sans prendre... 'fin voilà j'fais un peu de muscu et du handball donc j'avais une alimentation totalement donc justement plus... Une bonne hygiène de vie plutôt après mon hygiène de vie était malsaine sur mes sorties »

« [...] mais j'dis que bah quand on est fatigué de toutes façons on est plus vulnérable quoi, c'est mon hypothèse on va dire.... Bah j'sais pas vous chopez un rhume vous êtes en pleine forme, vous avez fait du sport vous le choperez peut être pas que si vous êtes tout faible.... Y a plus de chance de le choper quoi »

Il questionne également le choc émotionnel comme possible étiologie de la maladie et raconte qu'au moment où la maladie est apparue la relation avec sa copine ne se passait pas bien :

« Ça m'est arrivé au moment où j'étais le plus vulnérable, souvent y a des côtés choc émotionnel, ça se passait pas bien avec ma copine, donc moi j'étais.... Ça fait longtemps que j'étais avec ma copine donc j'étais un peu troublé aussi.... on va dire. Donc j'avais un peu tout qui mettait retombé dessus au même moment, c'est la période quoi.... Où j'ai dû me choper ça donc..... j pense que c'est un peu lier ouais »

Nora, pour elle, l'origine de la maladie serait due à la préoccupation excessive de son image d'elle-même. Elle raconte à ce propos, et comme vu précédemment, qu'elle se prenait beaucoup en photo et les partageait sur les réseaux sociaux. Aussi, Nora évoque la maladie comme une punition face à ses comportements:

« En fait j'avais l'impression que c'était une punition en fait, que j'avais trop fait la belle et qu'on me punissait d'avoir fait à outrance... parce que c'est secondaire finalement le physique et tout et j me disais « t'as pensé qu'à ça pendant un moment, tout le temps, t'étais trop sur ça et bah voilà. »

Elle évoquera également son système de croyances qui renvoie à une culture maghrébine où la maladie peut trouver une origine dans le surnaturel. Aussi, Nora emploiera les termes de « karma » ou de « mauvais œil » :

« En fait j crois beaucoup au mauvais œil et aux trucs comme ça j'ai vraiment l'impression que tout ce qu'on fait on le paie les mauvaises actions.... J'ai l'impression que c'est un karma mais que tu paies ce que t'as fait un peu comme mauvaise chose »

Axel et Nora sont, encore une fois, les seuls à évoquer la religion et la manière dont ils s'y sont tournés au cours des traitements contre le cancer.

Axel évoque spontanément la religion en associant sur le fait de se sentir très mal pendant les chimiothérapies, et la religion s'est présentée à lui comme le dernier recours pour trouver de la force dit-il :

P : [...] puis une autre chose aussi qui pourrait vous intéresser..... on va dire j'suis redevenu croyant en fait

C : Mmm... racontez moi

P : j'me suis dit que ça pourrait être intéressant de le dire. Moi j'suis catholique de base, plutôt croyant mais pas pratiquant. Et puis, on arrive tellement dans des états.... Franchement j'pensais pas... si on m'avait dit avant, heureusement qu'on m'a pas dit ce qu'était la chimio j'aurai pas signé le contrat vraiment. J'suis arrivé j'savais pas, heureusement j'savais pas ce que c'était, donc j'suis rentré en plein dans le tas et chaque coup j'les ai assumé mais j'vous promets, j'vous jure que c'est horrible ! [...] Tellement c'est dur, c'est une souffrance psychologique et bref j'me suis retourné vers Dieu en fait tout simplement, parce que c'était un peu mon dernier choix j'savais même plus vers où aller. Et j'ai commencé à prier pour moi mes amis malades, tout le monde, ma famille au maximum.... Donc j'suis pas allé à la messe ou quoique ce soit parce que moi j'trouve pratiquer.... On peut croire et pas pratiquer, j'suis juste baptisé, et voilà..... j'suis retourné un peu vers Dieu. Les moments où ça allait pas j'pensais soit à ma copine qui est décédée malheureusement, ou à Dieu pour me donner de la force quoi.

Nora évoque également de manière spontanée la religion, notamment lorsqu'elle évoque les points positifs de l'expérience de la maladie.

P : Donc comme je disais c'est un mal pour un bien sur certain point ça permet de trier beaucoup, et ma famille beaucoup et ensuite je me suis rapprochée de ma religion.

C : Mmm... Vous pouvez m'expliquer un petit peu... Vous êtes...

P : musulmane. Et du coup j'étais pas pratiquante, je faisais le stricte minimum c'est-à-dire que normalement il faut prier 5 fois par jour et je le faisais pas et je le fais toujours pas mais je fais déjà la prière le soir à ma manière parce que je parle pas arabe du coup c'est dur de prier quand on parle pas arabe du coup j'ai appris quelques Sourate que je récite. Heu... c'est très moche d'ailleurs quand je récite ! Et après je fais à ma manière dans ma tête... j'ai beaucoup de copines qui sont pratiquantes et voilées etc... Et qui m'ont dit que c'était l'intention qui compte d'abord et j'apprendrai au fur et à mesure. Et voilà... ça ça me fait du bien. La religion me fait du bien.

Nora évoque également que le fait de consommer après la maladie dépendra de la religion et de la manière dont elle pratiquera :

C : d'accord. Et alors dans le futur comment vous voyez vos consommations, par exemple de cannabis.... ?

P : ouais j'ai pas trop réfléchi... il est probable que.... En fait tout dépendra de ma religion. En fait, j pense plutôt que c'est ça qui va m'interdire mais si je me mets vraiment dedans j'arrêterais sinon ouais j'pourrais continuer à fumer en soirée, deux trois taffes occasionnellement...

La description des similitudes et des différences met en avant la manière dont un élément est abordé différemment selon le vécu de chacun des participants. L'origine de la maladie et la religion se déclinent différemment selon l'histoire personnelle des participants et également leur parcours de soins. Le relevé des thèmes majeurs, des sous-thèmes, des thèmes secondaires, et des similitudes et des différences permet l'élaboration du récit phénoménologique interprétatif qui clôture l'analyse qualitative.

8. Le récit phénoménologique/interprétatif

Au terme de l'analyse qualitative et au travers des thèmes et sous thèmes, ainsi que les différences et similitudes, nous abordons la partie qui constitue le cœur de l'analyse phénoménologique et son ultime étape : le récit interprétatif. Il s'agit alors d'être au plus près de l'expérience subjective des participants et de mettre en sens leur mise en sens de la maladie. Nous retiendrons et respecterons les recommandations des auteurs pour accomplir cette tâche (Balleux, 2007; Paillé & Mucchielli, 2013; Pietkiewicz & Smith, 2014). Les bases méthodologiques à ce propos nous rappellent qu'il s'agit de s'approprier le discours des participants en le réorganisant à travers un récit fluide et descriptif.

Ainsi les jeunes adultes que nous avons interrogés mettent en sens la maladie en évoquant dans un premier temps les bouleversements que la maladie occasionne dans les processus adolescents. Avec notamment, un impact dans leurs relations sociales dont les liens se confirment ou se distancient, et le fait de devenir dépendant, alors qu'ils étaient en pleine autonomisation (soins physiques et retourner vivre chez ses parents par exemple). Nous voyons en filigrane des projets de vie qui sont questionnés à travers la maladie. Les jeunes patients interrogés mettent, également, en sens la maladie en s'étayant sur le regard que les autres portent sur eux. Et ces « autres » sont représentés à la fois par le médecin et la parole de celui-ci que les patients intègrent, mais aussi par la famille et les amis, et également par les autres patients. Cet étayage ne se fait pas sans heurt. En effet, le regard de leurs proches peut être douloureux, car il reste leur seul miroir les renvoyant à leur statut de malade. Aussi, le regard des autres patients, et leur propre situation somatique, peut venir leur rappeler d'un côté, le potentiel léthal de la maladie et d'un autre côté, un avenir possible en tant que survivant. Enfin, le dernier processus de mise en sens de la maladie s'effectue à travers la transformation de l'expérience de la maladie en quelque chose de positif. En effet, les jeunes patients évoquent, dans ce contexte de maladie, les comportements de santé qu'ils projettent de mettre en place et qui s'initient dans ce contexte-là. C'est également l'occasion de repenser leurs liens aux autres en des termes positifs.

Il nous paraît important de rappeler que la maladie reste au premier plan du discours des patients lorsque nous travaillons en soins somatiques. L'approche est bien sûr différente selon les patients, ce qu'ils vivent, le type de pathologique somatique, leur personnalité et leur environnement. Toutefois, nous sommes d'emblée devant la réalité somatique des patients et c'est, nous semble-t-il, au travers de leur vécu de la maladie que nous avons accès à leur histoire personnelle et fonctionnement psychique.

9. Discussion de l'étude qualitative

Un peu plus haut dans la méthodologie de l'analyse qualitative, j'ai abordé mon équation intellectuelle de chercheuse. J'ai notamment précisé que mon activité de psychologue clinicienne m'avait permis de faire des parallèles entre d'une part l'ajustement des adultes, que je rencontre sur le terrain clinique et d'autre part, celui des adolescents et jeunes adultes que j'ai rencontrés au cours de cette recherche. Pour introduire cette discussion j'aborderai ainsi quelques éléments de la clinique adulte en oncologie.

L'étude de Middleton (2014) met en avant les différentes préoccupations chez les adultes suivant les étapes de la maladie. Aussi, l'auteur souligne qu'au moment du diagnostic il apparaît de la colère, des angoisses de mort, des contraintes financières et de travail, ainsi que des remords quant aux perturbations au sein de la vie familiale. Dans la phase de traitement, il apparaît une altération du sens de soi, des séquelles liées aux traitements, et une réinscription partielle dans la vie « normale ». Enfin, dans l'après-traitement et dans la phase de surveillance, on souligne une réinscription complète dans la vie « normale », des changements relationnels, une anxiété persistante, et les dates d'anniversaire liées à la maladie qui viennent menacer les individus et génèrent une angoisse liée à la rechute de la maladie. Nous retrouvons bien ces éléments au sein de notre clinique, avec notamment la prédominance de la perspective du travail et d'une volonté de maintenir une certaine homéostasie dans le climat familial, notamment quand de jeunes enfants sont présents. Les responsabilités et exigences endossées par le statut d'adulte, à la fois sur le plan familial et professionnel, induisent des mouvements d'adaptation différents de ceux des adolescents rencontrés dans cette recherche, où la question financière n'existe peu voire pas, pour la plupart.

Toutefois, il existe également pour certains patients-adultes cette occasion de repenser leur avenir professionnel et leurs relations aux autres. Nous avons remarqué que ceux-ci étaient déjà dans des projets de remaniement de vie. La maladie peut potentiellement majorer ou accélérer ces projets. Pour

certains patients adultes, il reste difficile de se projeter dans des changements ou encore dans la reprise du travail. Ils s'ajustent au jour le jour et disent bien combien leur vie est rythmée par les examens médicaux et traitements.

L'étude longitudinale de Blasquez (2016) a évalué la symptomatologie anxio-dépressive, les troubles de l'adaptation et les idéations suicidaires sur trois temps : avant les traitements contre le cancer, après la radiothérapie et un mois après la fin des traitements. L'ensemble des symptômes diminuait au fur et à mesure des temps évalués. Seule la symptomatologie anxieuse persistait, notamment durant la phase des traitements. De plus, les troubles anxieux peuvent persister, voire augmenter un mois après la fin des traitements. C'est un élément que nous pouvons constater également sur le terrain clinique. En effet, à la veille de la fin des traitements contre le cancer, alors que les patients peuvent imaginer investir de manière positive la fin des traitements, ils se rendent compte que le retour à une vie « normale » semble compliqué. Les études sur les patients guéris du cancer montrent bien que certains présentent, parfois, des difficultés d'adaptation (Schumacher et al., 2013). Et nous-mêmes, cliniciens, nous pouvons voir revenir des patients à distance des traitements, surpris par l'absence d'élan vital et des difficultés à faire face, désormais, à l'après-traitement. Les patients adultes sont, semble-t-il, très vite rattrapés par leurs obligations familiales et professionnelles, c'est ici où les plus jeunes patients diffèrent car ils ne rencontrent pas ces exigences. Toutefois, pour la plupart des patients adultes que nous suivons en clinique, il apparaît quand même un désir de reprendre sa vie - comme avant - mais différemment. Beaucoup évoquent ainsi le souhait de ne pas reprendre leur activité professionnelle dans les mêmes dispositions, mais aspirent à plus de sérénité et de simplicité.

Nous constatons, au travers de leur discours, que les adolescents sont d'emblée dans une période de transition où ils sont dans des questionnements fréquents de projets de vies sociales, professionnelles ou scolaires, comme l'avance la littérature sur cette tranche d'âge. On peut cependant souligner que la maladie ne semble pas arrêter ce processus de maturation et de prise de décision comme la littérature l'a parfois suggéré (Jousselme, 2013 ; Oppenheim, 2009). La maladie vient questionner des choix

préalables et parfois remanier certains projets. Les adolescents et jeunes adultes que nous rencontrons ne sont pas non plus, pour la plupart d'entre eux, dans des obligations professionnelles ou des exigences financières. Il semble donc que c'est avec plus de souplesse qu'ils peuvent se projeter dans l'avenir. De plus, les services AJAs déploient beaucoup d'énergie à maintenir une certaine continuité entre la vie « d'avant » et la vie à l'hôpital, avec notamment des activités scolaires qui maintiennent les adolescents et les jeunes adultes dans les démarches éducatives. Le système hospitalier, dans lequel ils sont hébergés, génère cette continuité et une certaine permanence entre l'avant et l'après-maladie ; ce qui peut, peut-être, soutenir cette absence de rupture dans leurs projections.

Par ailleurs, les adolescents et jeunes adultes interrogent, comme les adultes, le sens et l'origine de la maladie. C'est une préoccupation propre, à chacun qui prend plus ou moins de place selon la souplesse de ce questionnement. Pour beaucoup, c'est l'occasion de revenir sur des événements et souvenirs douloureux revisités comme de potentielles causes de la maladie.

Au cours de notre analyse nous avons souligné la manière dont certains patients transformaient l'expérience de la maladie en des termes parfois positifs. C'est aussi l'occasion pour certains de revisiter certaines sphères de la vie en prenant une certaine hauteur. La mise en sens d'événements potentiellement traumatiques permet de répondre de manière adaptée et de faire face au stress engendré par la situation (Deshields, Heiland, Kracen, & Dua, 2016). Au regard de la réévaluation de la maladie, nous pouvons faire le lien avec différentes conceptualisations de la réponse psychologique aux événements traumatiques, comme la résilience, ou encore le développement post-traumatique. Nous reviendrons plus longuement sur ces notions dans la discussion générale de cette recherche. Ces concepts viennent résonner non seulement dans notre clinique au quotidien, auprès des patients atteints de cancer, mais aussi plus globalement dans une approche humaniste étayée par des lectures sur les thérapies existentielles, notamment inspirée par Irvin Yalom, professeur de psychiatrie et thérapeute américain (Yalom, 2012) et Viktor E. Frankl, professeur de neurologie et de psychiatrie (Frankl, 1988). Ces deux auteurs ont été confrontés à des niveaux différents à la fin de vie et à la souffrance engendrée

par son anticipation et sa représentation. Yalom a travaillé dans un service de cancérologie et a développé toute une théorie sur le fait que les patients en fin de vie qu'il a rencontrés se sont servis de la maladie comme levier de transformation. Il s'est également beaucoup inspiré de ce qu'a pu théoriser Frankl qui stipule que trouver un sens à sa vie est la motivation fondamentale de l'Homme.

Les jeunes patients interrogés se projettent assez facilement dans l'après-traitement en envisageant des remaniements de vie, notamment en termes de scolarité ou d'activités professionnelles. La plupart, par ailleurs, ont une prise de conscience de l'importance de leur santé et développent une certaine vigilance quant à leur bien-être. C'est aussi l'occasion, dans ce sens, de repenser leurs habitudes alimentaires et les consommations qu'ils ont du tabac, de l'alcool et du cannabis, qui sont, pour certains, des facteurs potentiels de déclenchement de maladie. Ces projections se font alors que les jeunes sont encore en traitement et à l'hôpital. Nous nous interrogeons sur l'évolution de ces idées et sur le maintien des changements de comportements dans le temps et notamment dans l'après-traitement, où il s'agira de reprendre une vie « normale ».

Nos analyses qualitatives ainsi que le récit interprétatif mettent en lumière la manière dont les adolescents et les jeunes adultes mettent en sens l'expérience du cancer. Pour chaque participant il s'agit dans un premier temps de relater l'histoire de la maladie à travers les premiers signes puis l'annonce du diagnostic et enfin le début des traitements. Pour l'ensemble des participants le vécu des traitements est raconté à travers les effets secondaires, notamment de la chimiothérapie, qui sont très mal supportés par les patients. A travers le récit du corps mis à mal, c'est l'occasion pour eux d'évoquer plus globalement leur vie personnelle, ponctuée par la scolarité et pour d'autres par leur activité professionnelle, mais aussi de parler de leur groupe de pairs, et des amitiés qui se sont confirmées ou distancées. Mais surtout, il nous semble que c'est l'occasion, dans ce moment de traitement, de réévaluer cette expérience à travers ce qu'ils projettent de faire dans l'après-traitement. Il nous semble que le temps de traitement se prête à cette projection et à la mise à distance, possible, de certains affects négatifs auxquels nous n'avons eu que peu accès dans les entretiens, et lorsque certains participants

décrivent certaines difficultés antérieures, ils se récupèrent assez facilement et rapidement sur le plan psychique.

Pujol, Mérel, et Arnaud (2014) parlent d'une rupture biographique en faisant référence au passage d'une trajectoire de vie normale vers une anomalie fondamentale. Aussi, les registres thématiques auxquels il est fait référence dans cet article, de même que nos propres registres thématiques dans nos analyses qualitatives, peuvent être considérés comme autant de symptômes de manifestations des mécanismes de défense devant la crainte de l'effondrement psychique.

Ici, pour compléter les analyses qualitatives précédentes et le récit interprétatif, nous faisons apparaître les éléments évoqués de manière isolée pour chaque participant et qui nous semblent pertinents dans cette description de la mise en sens de l'expérience de la maladie.

Axel et Inès ont évoqué chacun les modalités du service des Adolescents et Jeunes Adultes de l'Institut Curie, en des termes positifs.

Axel décrit le service des AJAs et les activités qui y sont proposées. Il évoque notamment, et avec beaucoup d'enthousiasme, le fait que chaque jeune a sa chambre et qu'il peut l'investir comme il le souhaite et qu'il n'y a que des jeunes de moins de 25 ans. Axel décrit également les professionnels qu'il a pu rencontrer au cours des hospitalisations tels qu'un psychologue, un addictologue et l'animatrice qui propose les activités.

Après la description du service, Axel explique que le fait de rencontrer des jeunes de son âge et d'être occupé lui a permis de mettre un peu à distance la maladie. Il dit aussi que l'hôpital lui a permis de faire des activités qui ne l'intéressaient pas auparavant et qu'il s'est ouvert à autre chose, et également à d'autres personnes de son âge ne venant pas du même milieu. Inès évoque également le service des AJAs en le comparant avec un autre service où elle se rend entre les cures de chimiothérapie.

Elle évoque ainsi des plages horaires pour les visiteurs plus souples ; le fait que sa mère ou son petit ami puissent rester dormir avec elle. Inès souligne le fait que les équipes soignantes sont souvent les

mêmes et que cela lui permet de connaître un peu mieux les infirmières qui s'occupent d'elle. Elle évoque dans ce sens le caractère familial du service AJAs de l'Institut Curie.

Axel sera le seul à évoquer une différence de vécu entre le jour et la nuit. Il évoquera dans ce sens la sensation que les effets secondaires sont décuplés la nuit ce qui l'empêchait de dormir bien souvent. Il a également été le seul à décrire l'envie de mourir face à la dureté des traitements et des effets secondaires, toutefois, en évoquant ceci, il se récupère assez facilement sur le plan psychique. Il évoquera par ailleurs la fin de la chimiothérapie en des termes assez négatifs, faisant référence notamment à la durée du traitement, à l'attente et en empruntant « la métaphore du tunnel » dans lequel il voit le jour mais qui reste toujours aussi loin. Dans ce sens il nommera la différence entre la rémission et la guérison, en soulignant que la rémission n'est pas la guérison. Il évoquera par ailleurs son souhait de parler de la maladie, d'en être le témoin et de partager son expérience auprès des autres. Il exprimera également son souhait de se tourner vers l'humanitaire. En filigrane nous pouvons entendre ce que nous appelons « la dette à payer » au sortir d'un long parcours qui a mobilisé plusieurs personnes auprès de lui et envers qui il souhaite être reconnaissant. Axel fera part également d'une certaine discrétion quant aux résultats médicaux encourageants qu'il a pu recevoir. Il expliquera en effet sa volonté de ne pas divulguer ceux-ci dans le respect des autres patients. Enfin Axel parlera de sa mère, malade, elle-même d'un cancer et prise en charge également à l'Institut Curie. Il dira à ce propos combien ses ressources s'épuisent pour à son tour s'occuper d'elle.

Par ailleurs, Inès sera la seule à évoquer la parentalité et à se projeter dans la maternité en faisant référence notamment à sa propre santé en rapport avec l'arrêt de la cigarette. Elle fera des liens également avec le discours de sa propre mère, non fumeuse, sur les méfaits de la cigarette. Plus largement, Inès évoque le fait de prendre soin de soi pour garantir une bonne santé à ses enfants. Elle évoquera par ailleurs la distinction qu'elle a pu faire au début de sa prise en charge entre le fait d'être malade à l'hôpital, et de l'accepter, mais de ne pas tolérer les effets secondaires qui pouvaient

apparaître alors qu'elle était chez elle. Elle décrira en ce sens qu'elle pensait que la maladie était exclusivement circonscrite à l'hôpital.

Enfin, pour un participant, Raphael, la consommation d'alcool diminuera au profit de celle de cannabis. Il expliquera ce fait, qu'il qualifie d'« exceptionnel », par un certain contrôle de sa consommation de cannabis par rapport à l'alcool. Raphael se présente comme le seul à évoquer la complexité du jeu vidéo sur internet, l'intérêt qu'il y trouve et les bénéfices recherchés. Enfin, il sera le seul à évoquer la maladie comme « *un gros rhume* », dont il parlera assez peu finalement.

Les analyses qualitatives ont permis d'aborder et d'approfondir nos différents thèmes et objectifs de recherche. Nous soulignons qu'avec notre question de départ « comment la maladie a impacté votre quotidien ? », nous avons, sans doute, influencé leur réponse en présupposant que la maladie avait impacté leur vie. De plus, notre positionnement de soignant, dans cette même institution, a probablement généré un biais de désirabilité sociale lorsque les participants évoquent leurs consommations actuelles.

Les quatre grands thèmes reprennent successivement les bouleversements induits par la maladie et les traitements, les conduites à risque, les relations sociales et la réévaluation de l'expérience de la maladie.

Les participants abordent la question des bouleversements induits par la maladie sous différents angles. Pour la plupart d'entre eux c'est l'occasion de faire un récit de la maladie. Bendrihen (2015) parle du roman de la maladie pour évoquer toute l'élaboration subjective à l'œuvre autour de la maladie. Pour certains, le récit de la maladie débute avec les premiers symptômes, la batterie d'exams et enfin l'annonce du diagnostic. Tous évoquent l'arrêt de leurs activités et font des liens avec le fait de s'ennuyer. Lee (2012) avait aussi souligné le vécu de perte d'une vie ordonnée chez les jeunes patients atteints de cancer. Les effets secondaires sont également abordés en soulignant le caractère insupportable de ceux-ci. Ce qui rejoint l'étude d'Erickson et al. (2013) qui a décrit les effets

secondaires ressentis par les patients. Pour certains, le fait d'évoquer les effets secondaires c'est aussi se confronter à sa propre image de soi et à ses pairs sains. L'image de soi est bien souvent vécue comme changée, et la confrontation aux pairs peut devenir douloureuse. Par ailleurs, les mouvements régressifs que certains participants ont pu décrire, notamment en faisant référence au fait de retourner vivre chez leurs parents ou en évoquant les soins physiques reçus, sont l'une des conséquences de la maladie et des traitements. Un lien peut être effectué entre les bouleversements induits par les traitements et plus globalement par la maladie et le fait de se confronter à une certaine dépendance. Pour certains encore, la traversée des traitements est une étape si difficile qu'ils reconnaissent avoir changé plus globalement.

La question des consommations de substances est abordée assez spontanément pour l'ensemble des participants. Pour tous les participants le fait de consommer du tabac, de l'alcool et du cannabis a une connotation festive et de partage social avec leurs amis. Les participants n'abordent pas la question des consommations sous l'angle de l'automédication. Si, toutefois, nous avons eu de forts consommateurs dans notre population, probablement que les consommations seraient envisagées différemment avec une problématique de recherche de plaisir et/ou d'apaisement.

Avec l'annonce de la maladie certains participants évoquent une prise de conscience de l'importance de leur santé et décrivent une diminution spontanée voire un arrêt de leurs consommations durant leur traitement.

Ils expliquent cela soit par l'attention portée au discours du médecin sur l'incompatibilité des traitements anti-cancéreux avec les consommations, soit par des mouvements qui leur sont propres. En effet, pour certains cela paraissait une évidence que les traitements n'étaient pas compatibles avec les consommations diverses. Pour d'autres, les effets secondaires étaient tellement insupportables qu'il leur était impossible de consommer du tabac, de l'alcool ou du cannabis. D'après notre analyse qualitative, il nous paraît important que la thématique des consommations puisse être abordée lors des consultations médicales comme l'avait suggéré Morgan (2010). Par ailleurs, concernant l'utilisation

d'internet et plus globalement de l'ordinateur, chaque participant décrit une augmentation du temps passé en ligne. Les activités y sont diverses. Nous notons plus particulièrement l'utilisation des réseaux sociaux et la visualisation des vidéos, avec la recherche de *tutos* coiffure ou maquillage pour les filles. Les jeux en ligne sont également une des activités rapportées par les participants. Les participants font des liens entre le fait d'avoir augmenté leur temps passé en ligne et l'absence d'activité. Les réseaux sociaux ont été évoqués par deux participants notamment à travers d'une part la volonté de ne pas divulguer la maladie en ligne, par crainte que certaines informations ne soient diffusées. On entend ici un désir de se protéger. D'autre part, les réseaux sociaux ont été abordés en des termes assez négatifs de par la violence que cela représentait de voir la vie de pairs sains se poursuivre. L'activité en ligne entraîne également une certaine confrontation de soi et de la vie « d'avant » comme l'expose une des participantes en faisant face sur les réseaux sociaux à d'anciennes photos/ ou publications. Enfin concernant l'alimentation, qui apparaît plutôt en sous thème dans notre analyse qualitative, celle-ci a été abordée par quelques participants sous différents angles. L'un des participants décrit une obsession de la nourriture avec une prise de poids et des difficultés à accepter cela. La participante en question pourra dire que ses habitudes alimentaires ont été bouleversées par le rythme plus global qui répond aux exigences des hospitalisations, des examens et des traitements. Elle évoquera notamment le fait de ne plus faire d'activité, du sport notamment, comme l'une des raisons de sa prise de poids.

Pour d'autres participants l'alimentation a été évoquée sous l'angle de la reconsidération des habitudes alimentaires, avec notamment un désir d'aspirer à une vie plus saine dans la perspective de l'après-traitement.

Le troisième thème a mis en évidence l'investissement des relations sociales pour ces jeunes patients en cours de traitement. Ils font tour à tour référence au soutien reçu de leurs familles et amis en notant, parfois, une certaine surprise des liens qui peuvent se confirmer, se créer ou d'autres se distancier. Ici on retrouve le fait de partager des moments conviviaux, propices aux consommations. C'est également

ici l'occasion de repenser les moments partagés entre amis quand les hospitalisations se répètent et les activités sont suspendues.

Enfin, le quatrième thème reprend la manière dont les participants transforment l'expérience de la maladie. Dans cette partie nous mettons en évidence la manière dont ils envisagent et pensent leur avenir au sortir de l'expérience de la maladie et des traitements. On remarque alors que ce quatrième thème reprend chacun des thèmes précédents. On peut en effet faire des liens entre le fait de repenser son avenir suite aux bouleversements induits par la maladie, mais aussi repenser ses consommations de par l'expérience de la maladie et enfin repenser ses relations personnelles avec la traversée de celle-ci. Certains auteurs ont déjà décrit ce thème en soulignant l'occasion d'envisager une nouvelle vie suite aux traitements (Lee, 2012) ou d'avoir des attentes optimistes concernant l'avenir (Smorti, 2012) ou encore de constater des relations encore plus intimes (Buttin, 2010) qu'auparavant. Ces derniers éléments nous évoquent les différents concepts relatifs à la croissance post-traumatique que nous aborderons dans la discussion générale de notre recherche.

10 Conclusion de l'étude qualitative

Au terme de notre analyse qualitative et notre récit interprétatif sur la mise en sens du vécu de la maladie par les adolescents et les jeunes adultes, nous souhaitons aborder cette conclusion en évoquant notre surprise quant à l'aisance des jeunes patients à relater leur parcours médical intriqué dans leur parcours de vie plus personnel. Ils ont abordé de manière très spontanée leurs différentes consommations de tabac, alcool et de cannabis. Puis, ils ont évoqué avec une certaine authenticité l'utilisation qu'ils avaient de l'ordinateur et des différentes activités qu'ils pouvaient faire à travers ce média. Enfin, la question de l'alimentation a émergé, notamment dans les questionnements de l'origine de la maladie, en lien avec l'hygiène de vie, et à travers les effets secondaires qui ont un impact sur le fait de ne plus pouvoir se nourrir correctement ; cela pouvant entraîner une perte de poids ou, à l'inverse une prise de poids.

Ce que l'on peut retenir de cette analyse, c'est dans un premier temps que les adolescents et les jeunes adultes décrivent leur réalité somatique au moment où nous les avons rencontrés. Ils abordent avec finesse leur parcours médical et plus actuellement la traversée des traitements et des effets secondaires, qui pour la plupart d'entre eux sont insupportables, et font émerger des thèmes concernant des comportements de santé. En effet, les effets secondaires de la chimiothérapie sont l'occasion pour les patients d'évoquer leurs consommations et la perspective qu'ils ont de cesser leurs consommations une fois le traitement contre le cancer terminé, des consommations qui sont déjà suspendues pour la plupart d'entre eux depuis le diagnostic ou le début des traitements. D'autre part, les comportements de santé sont également abordés sous l'angle de l'alimentation et plus globalement sous l'angle de l'hygiène de vie. En effet, à travers les discours des participants, nous pouvons observer un désir de vie plus saine dans la perspective de l'après-traitement. Ceci est évoqué à différents niveaux selon les participants. Pour certains, cela fait clairement référence à une modification de leur alimentation, en privilégiant des fruits et des légumes et de la cuisine non industrielle. Pour d'autres encore cela va consister en un remaniement complet de leurs habitudes de consommation en termes d'alcool, de tabac

et de cannabis. Ils envisagent alors d'arrêter leurs consommations dans l'après-traitement. D'autres enfin évoquent le fait de se faire du bien sans détailler ce fait. Pour un autre participant, c'est aussi l'occasion de ne plus s'arrêter sur des détails qui ne lui semblent pas important face à ce qu'il traverse actuellement. C'est aussi, semble-t-il, une volonté de prendre de la distance avec certaines réactions que l'on peut avoir au quotidien et de changer en quelque sorte ses propres réactions. Coq et Le Maléfan (2016) se sont interrogés sur la possibilité d'un changement de structure de personnalité ou de changements dans la structure de personnalité après un événement traumatique. Les auteurs reprennent l'énoncé de Lebigot (2011) qui stipule que l'effraction traumatique ne modifie pas la structure en tant que telle mais peut venir bouleverser son rapport à la réalité. C'est-à-dire qu'il s'agit d'une nouvelle lecture entre l'individu et la réalité. C'est en cela que certains des participants ont pu évoquer le fait de ne pas se reconnaître dans leurs réactions, ou que nos patients nous disent avoir changé et se sentir différent en se comparant à avant la maladie. De plus, les proches peuvent eux aussi renvoyer ce décalage aux patients. Ce que nous appelons les expériences transformatrices constitue le second point de cette conclusion qui ouvrira le champ du traumatique et du développement post-traumatique dans notre discussion générale. Tedeschi et Calhoun (2004) évoquent les expériences transformatrices pour parler du traitement psychique de l'expérience personnelle en lien avec des éléments plus émotifs. Il n'est pas question ici que de réflexions intellectuelles mais davantage de composantes affectives avec une tendance générale à être bienveillant envers soi, ce qui semble ressortir, entre autres, de nos analyses.

DISCUSSION GENERALE

L'apport des volets quantitatif et qualitatif nous permet d'approfondir nos différentes données et d'aborder plus globalement l'expérience que font les jeunes patients de la maladie ; ce qui était l'un de nos objectifs de recherche.

Nos résultats quantitatifs mettent en lumière les consommations des jeunes patients atteints de cancer. Nous constatons qu'une faible proportion d'entre eux consomme du tabac, de l'alcool et du cannabis. L'utilisation d'internet est la catégorie où les participants sont le plus représentés, avec notamment près de 20% de notre échantillon. Enfin, les préoccupations alimentaires sont peu présentes dans notre échantillon. Concernant la détresse psychologique, nous observons que les participants présentent plus de symptomatologie anxieuse que dépressive et que celle-ci tend à diminuer lors de la seconde passation. Enfin, concernant les stratégies de coping, nous soulignons que ce sont les stratégies de distraction, d'acceptation et de réinterprétation positive qui sont le plus largement utilisées par les participants sans qu'il n'y ait de différence entre les garçons et les filles. C'est sur la dernière stratégie de coping – la réinterprétation positive – que nous nous arrêterons plus longuement lors de cette discussion. Au regard de ces résultats quantitatifs, nous avons pu faire des liens avec nos résultats qualitatifs.

En effet, les participants ont évoqué spontanément leurs consommations. Pour les six participants interviewés, tous avaient déjà expérimenté de l'alcool, du tabac et pour certains du cannabis. Pour tous, l'utilisation de substances reste dans le cadre récréatif, lors de sorties entre amis notamment. L'annonce du cancer et le début des traitements sont pour la plupart l'occasion de cesser leurs consommations ; souvent motivés par leur médecin référent, par leur entourage ou encore eux-mêmes. Bien souvent l'arrêt des consommations est aussi directement induit par les effets secondaires des traitements ressentis par les patients. Par ailleurs, nous nous demandons si l'arrêt des consommations n'est pas aussi motivé par l'ensemble du système de soins représenté, entre autres, par les équipes médicales,

l'hôpital en lui-même avec la cancérologie comme spécialité, et enfin les autres patients. Dans ce sens, nous nous demandons si la déclaration des consommations aurait pu être différente si les participants avaient été interrogés en milieu écologique. En effet, est-ce qu'une part de culpabilité aurait pu influencer la réponse des participants qui ont répondu pour la grande majorité dans leur chambre d'hôpital et en cours de traitement ? La culpabilité se situant au niveau des soins que l'équipe leur porte et de l'utilisation de substances en parallèle. Nous pensons ici à la remarque d'une participante qui nous disait, en cours d'entretien, qu'elle trouvait cela incohérent de fumer une cigarette ou de boire de l'alcool alors qu'elle était en train de se soigner. La même participante rapportait également le fait de voir des patients en train de fumer alors qu'ils étaient en traitement et s'interrogeait sur l'interaction des traitements avec la cigarette.

Pour comprendre l'arrêt des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis, dans une population adolescente, quelques études ont évalué les motivations de cet arrêt chez des jeunes et dans des contextes particuliers. Barnett et al. (2002) ont montré, chez des adolescents en consultation aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë, que l'intensité de l'événement indésirable lié à l'alcool, associée à l'anticipation des difficultés secondaires encourues, avec notamment les parents, constitueraient les deux motivations majeures pour arrêter de consommer de l'alcool. De plus, les auteurs ont indiqué une distinction entre les faibles consommateurs et les forts consommateurs. Il apparaît que, pour les faibles consommateurs, l'intensité d'un événement négatif lié directement à l'alcool intensifie la représentation de leurs consommations. Ainsi, ils considèrent cet événement comme une preuve qu'ils doivent changer leurs consommations. *A contrario*, pour les forts consommateurs, la survenue d'un événement négatif lié à l'alcool apparaît comme cohérente à leurs yeux, et leur intérêt à changer de comportement ne sera pas considéré au même degré. Les auteurs de cette étude émettent l'idée de sensibiliser sur les risques d'une alcoolisation trop importante lors de ce temps de consultation comme moyen d'accroître la motivation. Devant cette proposition, nous émettons des réserves. En effet, nous nous questionnons sur la pertinence d'agir directement dans un

moment aigu où les jeunes, pris sur le fait accompli, se sentent déjà probablement très mal et ne seraient pas disposés à recevoir un discours moralisateur qui les situerait dans un positionnement hiérarchique inférieur. Aussi, d'autres auteurs ont souligné l'importance du lien avec une figure d'autorité dans le processus de changement de consommations. En effet, Orsi, Brochu, Lafortune, et Patenaude (2014) ont réalisé une étude au sein d'un centre de réadaptation au Canada auprès de jeunes garçons consommant de l'alcool et des drogues. Ces jeunes étaient placés dans ce centre pour des motifs de comportements problématiques liés à leurs consommations, mettant en danger la vie des autres ou la leur, ou sur injonction de justice. Les résultats de cette étude mettent en avant que tous les participants ont changé leurs consommations une fois rentrés dans ce centre pour réadaptation, soit en les arrêtant, soit en les diminuant. Différentes motivations ont été relevées à travers des entretiens de recherche. La plupart des participants ont évoqué les problèmes causés par les consommations, notamment dans les relations personnelles, comme motivation pour changer leurs consommations. Aussi, ils décrivent une certaine culpabilité de voir les conséquences que cela peut entraîner sur les autres. De plus, ils évoquent la relation avec l'éducateur qui les suit comme un élément important dans le processus de changement. Toutefois, certains évoquent une certaine résistance au changement devant un éducateur trop exigeant et lorsqu'ils ressentent une pression élevée. La majorité des participants évoque les conséquences négatives sur la santé physique et mentale, et cela représente une des motivations majeures dans leur prise de décision de changer. Enfin, quelques participants ont évoqué le placement au sein de ce centre en tant que contrainte et permettant un déclenchement dans le processus de changement. Ils décrivent ainsi un milieu de vie plus restrictif et contrôlé, où c'est l'occasion de participer à d'autres activités avec d'autres personnes. Dans ce sens, les auteurs soulignent que le fait d'être dans un centre de réadaptation pour jeunes représente une occasion d'introspection qui peut majorer les processus de changement, associé bien sûr avec les différents facteurs cités plus haut.

Pour revenir à notre recherche, nous avons fait des liens, en nous questionnant sur le milieu hospitalier comme cadre « autoritaire » permettant également des mouvements d'introspection chez les adolescents et jeunes adultes. Il apparaît que les mouvements régressifs à l'œuvre au cours d'une prise en charge d'une maladie potentiellement létale, comme le cancer, qui vient rompre un certain « équilibre de vie », sont induits d'emblée par la maladie et probablement le cadre même de l'hôpital, où les soignants tentent de protéger et de préserver au maximum une continuité de vie durant la maladie. Dans ce cadre-là, l'arrêt des consommations est l'occasion de repenser l'hygiène de vie pour certains et de se projeter dans des comportements de santé différents d'avant la maladie. Est-ce dans ce cadre-là que la réinterprétation positive peut se penser comme possibilité de réévaluer ces comportements, notamment en termes de santé et de valeur de vie ? La deuxième partie de cette réflexion sera axée sur ces questionnements, et ouvrira sur le champ plus vaste du développement post-traumatique.

L'annonce d'un cancer peut induire un climat traumatique chez certains patients. Le mot « cancer » peut faire effraction sur un mode brutal. Da Rocha, Roos, et Shaha (2014) décrivent trois phases réactionnelles lors de l'annonce diagnostique d'un cancer. La première se définit selon les auteurs comme la crise existentielle où s'entremêlent des questionnements concernant l'identité et la valeur familiale, bien souvent reconsidérée comme importante ; la seconde phase comporte le sentiment de finitude de la vie, qui apparaît notamment au travers d'angoisses de mort. C'est au cours de cette phase que la réalité confronte l'illusion d'immortalité. Enfin, la peur de la récurrence à travers les examens de surveillance constitue la troisième phase, lors de l'après-traitement.

Certains auteurs ont souligné le potentiel traumatique que l'annonce d'un cancer pouvait induire chez les patients. Pujol, Mérel, Arnaud, Launay, et Boulze (2013) ont décrit trois modalités possibles de réponse face à l'annonce d'un cancer. La première est la sidération et l'absence de représentation au cours de laquelle on peut observer un trouble de l'identité, une confrontation à l'impossible où l'individu est mis en danger. La seconde modalité de réponse possible est constituée de proto-

représentations, c'est-à-dire des constructions peu élaborées où les théories profanes sont à l'œuvre. Enfin, la dernière modalité de réponse est la part subjective des représentations sociales du cancer à travers laquelle certains patients vont définir un nouveau mode d'insertion sociale à travers la maladie. Toutefois, le lien entre la survenue d'un cancer et l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) n'a pas été établi scientifiquement. Les auteurs font référence à des critères proches de l'ESPT, tels que des pensées intrusives ou des ruminations (Bendrihen, 2015). L'effraction traumatique en jeu dans l'annonce d'une maladie réduit la distance entre fantasme et réalité effective, et l'annonce rompt l'illusion du fantasmagorique à travers le corps qui va subir des modifications et des lésions durables. Pour Taïeb et al. (2002), c'est la perception subjective du risque vital et des représentations de la maladie qui constituent des facteurs prédictifs d'un ESPT.

Le DSM IV avait reconnu que le fait de recevoir un diagnostic de maladie potentiellement létale pouvait s'apparenter à un événement traumatique et favoriser l'apparition d'un ESPT. De plus, ce sont les représentations, et donc l'évaluation de cet événement, qui font que cela peut devenir traumatique, et non la gravité en tant que telle. Le DSM 5 a repris la description de l'ESPT dans la catégorie des *troubles liés au traumatisme et au stress*. Le DSM 5 inclut quatre ensembles de symptômes pour définir l'ESPT ; on retient : la reviviscence, l'évitement, l'engourdissement émotionnel (cognition et humeur négative) et l'hyper-réactivité. Le diagnostic d'ESPT, selon le DSM 5, peut être posé un mois après l'exposition à l'événement traumatique. En deçà, on parlera plutôt de stress aigu.

Le concept de réinterprétation positive que nous retrouvons à la fois dans nos résultats quantitatifs et dans le discours des participants nous a amené à nous intéresser aux différents concepts relatifs à la réinterprétation des événements marquants. Aussi, ce concept a fait écho à la résilience, à l'optimisme, au sens de la cohérence, ou encore au développement post-traumatique. De manière assez intuitive, on pourrait se dire que chacun de ces concepts se rejoint ; or dans nos lectures nous nous sommes aperçus qu'ils étaient bien distincts et ne faisaient pas appel aux mêmes éléments.

Aussi, nous nous sommes interrogés sur l'énoncé exact qui pourrait qualifier le vécu de ces jeunes patients. La réinterprétation positive paraît le mieux nommer cette période de vie, mais de quoi s'agit-il exactement, et de quoi parle-t-on quand on décrit une réinterprétation positive d'un événement ? Ces questionnements nous ont animés tout au long de la deuxième partie de ce travail de thèse et nous souhaitons composer la discussion générale, entre autres, avec ces éléments.

Dans la lignée du traumatisme et notamment de l'ESPT, largement connu et étudié, nous voyons émerger depuis une décennie le concept de développement ou croissance post-traumatique (*posttraumatic growth*) (Montel & Tarquinio, 2014 ; Tedeschi & Calhoun, 2004). Il n'existe pas aujourd'hui de consensus sur les liens entre l'ESPT et le développement post-traumatique. En effet, certains auteurs soulignent que le développement post-traumatique ne peut avoir lieu que s'il y a eu un ESPT avéré ; d'autres encore expliquent qu'un niveau d'ESPT trop élevé empêche le développement post-traumatique (Montel & Tarquinio, 2014). Toutefois, les auteurs s'accordent sur une définition assez large du phénomène de développement post-traumatique. Ce concept stipule que des changements positifs peuvent survenir après des événements de vie potentiellement traumatiques (ou situations extrêmes). Il s'agirait alors de voir l'événement traumatique comme un levier de transformation, de transcendance de soi. Celui-ci se manifeste par un processus interne, propre à chacun, qui se compose dans un premier temps de pensées intrusives, puis de ruminations plus élaborées, et enfin d'une réelle mise en sens de l'événement, pour l'analyser, le comprendre et le réévaluer de manière adaptée. Ici, les questions à l'œuvre peuvent être « pourquoi est-ce arrivé ? » et « comment est-ce venu impacter ma vie ? ». Cette évolution dynamique permettrait, selon la littérature, de revisiter chacune des sphères de la vie en modulant les objectifs de vie avec la nouvelle réalité induite par l'événement traumatique. L'événement traumatique peut en cela actualiser les ressources internes, jusque-là inconnues et inaccessibles. Toutefois, les changements initiés par l'événement traumatique ne vont pas remplacer la détresse psychologique ; il s'agit bien d'une cohabitation entre la détresse psychologique et le développement de stress post-traumatique. La transcendance

personnelle, vécue de manière plutôt positive pour les patients, et les bénéfices secondaires retirés de l'expérience n'enlèvent en aucun cas les mouvements de détresse psychique. Dire le contraire donnerait une vision extrêmement positive et non adaptée d'un événement traumatique qui impacte de manière brutale les individus. Cela ne constitue en aucun cas le message de cette recherche.

Tedeschi et Calhoun (2004) ont donné une description très approfondie du processus de développement post-traumatique. Ils décrivent ainsi un processus continu et non une fin en soi. Les auteurs insistent sur le pouvoir transformateur de la souffrance. Ils reprennent les concepts associés et déjà cités par Scheier en 1986 pour définir le développement post-traumatique : avantages perçus, aspects positifs, transformation du traumatisme, découverte de sens, réinterprétation positive. Les auteurs décrivent ainsi que la croissance résulte d'une certaine lutte avec l'événement, par un traitement psychologique lié à la manière dont cela affecte les individus sur le plan émotionnel (Scheier, Weintraub, & Carver, 1986). Tedeschi et Calhoun ont développé en 1996 un questionnaire, *The Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), comportant cinq domaines, afin de quantifier l'expérience de croissance post-traumatique. Ces cinq domaines constituent des critères afin de définir le développement post-traumatique à l'œuvre : une plus grande appréciation de la vie et un changement de sens dans les priorités, des relations interpersonnelles plus intimes, un sentiment de force personnelle, une reconnaissance de nouvelles possibilités, un développement spirituel. Précédemment, Scheier et al. (1986) avaient souligné un lien entre l'optimisme, la réinterprétation positive et l'acceptation. Aussi, ils considéraient que les personnes optimistes s'engageaient dans des stratégies plus adaptatives face à des situations stressantes.

Deshields, Heiland, Kracen, et Dua (2016) parlent d'un continuum, de la détresse psychologique à la résilience. La résilience se définit comme un processus dynamique de résistance face à une expérience difficile. Plus globalement, c'est le fait de rebondir, de maintenir son niveau de fonctionnement psychologique stable et sain après une situation stressante. La résilience a été évaluée dans le champ de la psycho-oncologie, chez les patients adultes (Deshields et al., 2016 ; Eicher, Matzka, Dubey, &

White, 2015). Deshields et al. (2016) ont développé un modèle de résilience chez les patients adultes atteints de cancer. Ce modèle stipule que la réaction face au cancer dépend, entre autres, des attributs personnels, des circonstances environnementales antérieures à la maladie et des capacités à gérer les événements difficiles. Aussi, selon cet auteur, ce sont les événements de vie antérieurs qui peuvent modifier la réponse initiale, avec un processus dynamique de « recalibrage » tout au long de l'adaptation. Face à la menace perçue induite par l'annonce diagnostique de cancer, il existe une variété de réponses cognitives, émotionnelles et comportementales. Les principales sont de l'ordre de l'inquiétude, de la détresse, de la peur, de la tristesse, des douleurs et d'une perturbation du sommeil. L'ensemble de ces symptômes peuvent s'intensifier et conduire à un trouble de l'adaptation, une dépression, de l'anxiété, ou encore un ESPT. A travers ces événements les auteurs soulignent le concept d'événements transformateurs qui ont une incidence sur l'adaptation et qui produisent un changement comportemental ou émotionnel.

Le développement post-traumatique ainsi que les concepts associés, tels que la résilience, apparaissent dans la littérature scientifique, et plus particulièrement dans notre champ de recherche concernant les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer. Les études concernant ce champ de recherche sont orientées chez les jeunes patients guéris du cancer (Arpawong, Oland, Milam, Ruccione, & Meeske, 2013 ; Stuber et al., 2011), ce qui nous amène à nuancer nos propos concernant la population que nous avons étudiée. En effet, nous ne pouvons pas parler actuellement et au cours de traitements de réel développement post-traumatique qui pourrait être mesuré dans l'après-traitement et à distance de l'expérience de la maladie. Comme nous l'avons vu, c'est un processus interne et dynamique. Aussi, l'intérêt à la suite de notre étude serait de réinterroger, à distance des traitements, nos participants et d'observer si leurs discours sur le vécu de la maladie sont maintenus ou nuancés. On suppose, bien sûr, qu'avec la fin des traitements et le retour à une « vie normale », le vécu des jeunes patients serait différent.

Zebrack et al. (2015) ont montré dans une étude longitudinale qu'il n'y avait pas de lien significatif entre la sévérité de l'ESPT et le développement post-traumatique sur un suivi de 12 mois au moment du diagnostic chez des patients atteints de cancer âgés de 14 à 39 ans. Toutefois, les résultats de l'étude montrent que la ré-expérience (récidive) de la maladie conduit à des liens entre l'ESPT et le développement post-traumatique. Aussi, la récurrence est présentée comme un symptôme de l'ESPT (le fait de revivre à distance une expérience traumatique), mais également comme un processus cognitif nécessaire pour réaliser une croissance post-traumatique. Dans le même ordre d'idées, Arpawong, Oland, Milam, Ruccione, et Meeske (2013) ont également montré chez des jeunes patients guéris du cancer que la majorité déclarait des bénéfices dérivés de la maladie et des signes de développement post-traumatique directement après la fin des traitements. Enfin, Smith, Samsa, Ganz, et Zimmerman (2014) ont souligné l'absence de relation entre l'ESPT et la croissance post-traumatique après un diagnostic de lymphome chez des jeunes patients. Toutefois ils ont établi un lien entre ces deux mouvements dans les domaines suivants : une meilleure appréciation de la vie et plus de changement spirituel, ce que nous retrouvons au travers du discours des participants dans nos analyses qualitatives. Ravanel (2009), à travers la description d'un cas clinique d'une jeune fille de 23 ans qui a eu un cancer à 15 ans, décrit la réactivation du trauma par les séquelles laissées par la maladie. Alors qu'à l'adolescence la patiente a traversé plutôt sereinement la maladie, c'est bien des années après qu'elle se confronte à la difficulté de faire face à une toute autre vie, et à la manière dont elle peut intégrer l'expérience de la maladie, qui se manifeste par les traces physiques et psychiques, ainsi que par des mouvements d'angoisse de rechute.

Aussi, nous nous interrogeons sur l'adaptation des adolescents et des jeunes adultes dans l'après-traitement, et aussi sur les conduites à risque, dans l'après-traitement. En effet, bien que pour la plupart des participants de notre population les consommations de substances diminuent, voire s'arrêtent en cours de traitement, qu'en est-il de l'après-traitement ? Comme nous l'avons vu concernant le développement post-traumatique, c'est plutôt à distance que nous voyons apparaître de réels

changements pérennes liés à la maladie ou alors des symptômes d'ESPT actualisés soit par une récurrence soit par des séquelles de la maladie. Aussi, la littérature montre un lien entre les consommations de substances et l'ESPT. En effet, la littérature montre que certains individus utiliseraient des substances (notamment alcool et drogues) pour pallier les symptômes propres à l'ESPT, tels que l'insomnie ou la détresse psychologique (Lecigne & Tapia, 2016 ; Tarquinio, Montel, & Crocq, 2014). De plus, Arpawong et al. (2015) ont effectué la première étude prospective auprès d'étudiants et ont mesuré les liens entre la croissance post-traumatique, les événements stressants et l'utilisation de substances, sur un suivi de deux ans. Les résultats montrent dans l'ensemble qu'un développement post-traumatique important était associé à une utilisation moindre d'alcool et de cannabis ainsi que les autres drogues. En outre, il semblerait que le développement post-traumatique soit un facteur favorisant les comportements de santé. Enfin, la littérature souligne l'importance du soutien social comme rôle protecteur de l'utilisation de substances pour pallier une détresse psychique, ainsi que favorisant le développement post-traumatique (Tarquinio et al., 2014).

Pour revenir plus précisément sur nos résultats à la fois quantitatifs et qualitatifs sur l'adaptation des adolescents et des jeunes adultes en cours de traitement contre le cancer, nous avons mentionné précédemment que les participants de notre étude ont utilisé un panel de stratégies de coping mettant en exergue une certaine flexibilité dans leur processus adaptatif. Cela nous amène à évoquer le concept de coping flexible, fréquemment évalué dans la littérature avec le concept de résilience. Les études traitant de ce sujet soulignent qu'une adaptation flexible entraîne des résultats plus adaptés et donc une moindre détresse émotionnelle (Galatzer-Levy, Burton, & Bonanno, 2012 ; Kato, 2015). D'autre part, certains auteurs montrent un lien entre l'adaptation flexible et la résilience (Rice & Liu, 2016 ; Wills & Bantum, 2012). La résilience serait selon ces auteurs le résultat d'une adaptation flexible dans laquelle on pourrait observer une certaine stabilité du fonctionnement global chez une personne faisant face à une situation stressante. Aussi, les individus résilients montreraient relativement peu de conséquences négatives d'une situation stressante en termes de symptomatologie

et de comportement (Rice & Liu, 2016). La résilience marque également la capacité pour les individus de se récupérer, sur le plan psychique, et de se régénérer à la suite d'un événement. Certaines études de suivi à long terme ont montré, chez des adolescent et jeunes adultes atteints de cancer, qu'ils étaient plutôt bien adaptés sur le plan émotionnel durant les traitements. C'est bien plus tard, après la fin des traitements, que les jeunes constataient des mouvements positifs sur le plan psychologique entraînant une appréciation accrue de la valeur de la vie. Celle-ci est de plus liée à l'augmentation d'une certaine qualité de vie et est également en lien avec une diminution de la symptomatologie anxio-dépressive (Bellizzi, Miller, Arora, & Rowland, 2007 ; Larsson, Mattsson, & von Essen, 2010 ; Monteiro, Torres, Morgadinho, & Pereira, 2013). En outre, nous pouvons faire des parallèles avec nos résultats de recherche qui montrent chez nos participants une bonne adaptation en termes de stratégies de coping liées à une moindre détresse psychologique. A la lecture de la littérature concernant la résilience, nous nous demandons si nos participants ne se montrent pas plutôt résilients durant les traitements, ce qui nous amène à nous interroger à plus long terme sur le caractère transitoire ou stable de la capacité à transcender le stress (Shahar, 2012). Aussi, ces résultats nous permettent d'émettre l'idée qu'une bonne capacité d'adaptation, devant une situation nouvelle et stressante dans un milieu de contraintes médicales, favorise des mouvements d'introspection, permettant probablement de repenser les comportements liés aux diverses consommations de substances. Ces mouvements sont bien sûr propres à chacun et relèvent de processus à la fois internes et externes qui comportent, notamment, la présence d'un bon étayage social (Austin, Hospital, Wagner, & Morris, 2010).

Pour aller plus loin, sur la question de la consommation de substances, notre recherche nous a amenés à nous interroger sur le cannabis thérapeutique, qui a prouvé ses vertus dans le soulagement de la douleur (sous forme de l'agent actif le tétrahydrocannabinol-THC). Abrams et Guzman (2015) ont souligné l'efficacité des cannabinoïdes (le cannabidiol CBD ou le tétrahydrocannabinol) sur les effets indésirables du cancer et des traitements. En effet, ils ont un effet antiémétique, stimulent l'appétit et ralentissent la perte de poids, notamment chez les patients dont la malignité est avancée,

ils ont des pouvoirs analgésiques, notamment sur les douleurs neuropathiques, et ont également des vertus contre l'anxiété (élevateur de l'humeur, avec parfois euphorie qui se présente comme un effet indésirable de la molécule), et améliorent le sommeil (sommolence). De plus, les auteurs soulignent, à travers une recherche médicale, que les cannabinoïdes pourraient constituer un facteur protecteur contre le développement de tumeurs. Toutefois il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus à ce propos, car certains chercheurs décrivent le processus contre-intuitif de la combustion et de l'inhalation d'un agent thérapeutique, tel que les cannabinoïdes, comme médicament. Aggarwal (2016) soulignera l'importance d'utiliser des cannabinoïdes, notamment lors de la phase palliative dans le cancer, mais également dans d'autres maladies telles que le VIH et les douleurs neuropathiques chroniques ; c'est aussi l'une des conclusions de Martin, Weill, Vogel, et Andrès (2016) .

Au-delà de l'utilisation du cannabis thérapeutique, la question de la légalisation du cannabis, très en vogue depuis ces dernières années, nous interroge dans le cadre de notre recherche, et plus globalement dans les comportements de santé chez les jeunes. Mura (2016) a réalisé une revue de la littérature sur les constats de la légalisation du cannabis dans les pays où cela est déjà effectif. Les constats sont assez négatifs, avec des conséquences accrues sur la santé humaine. On note ainsi : une augmentation des consommateurs et des admissions aux urgences et hospitalisations pour les intoxications aiguës au cannabis ; l'auteur souligne une augmentation des problèmes somatiques, une augmentation de l'expérimentation chez les jeunes avec le risque de présenter des séquelles sur la maturation cérébrale, et enfin une augmentation du risque d'expérimenter des drogues dures.

En outre, notre question initiale de recherche portait sur les risques de consommation des jeunes patients pris en charge en cancérologie. Nous avons élargi cette interrogation en nous intéressant plus globalement à l'adaptation de ces patients et au vécu de l'expérience de la maladie. Cette thématique, assez rarement étudiée dans la littérature, s'inscrit dans les préoccupations sociétales et médicales de la population des adolescents et jeunes adultes. Nos analyses ont permis de confirmer des résultats déjà révélés par deux études (Bertrand et al., 2016 ; Tyc et al., 2005), et d'y apporter des volets novateurs

avec notamment la méthodologie mixte et des variables d'évaluation plus globales, touchant à la fois les consommations de substances et les comportements problématiques, et l'adaptation. Aussi, notre surprise face à nos analyses, à la fois quantitatives et qualitatives, révèle-t-elle un regard nouveau sur cette population ?

Devant le caractère novateur, en termes de questionnements mais également de méthodologie de cette recherche, nous relevons néanmoins un certain nombre de limites. La première réside, comme évoqué plus haut, dans notre échantillon, qui reste modeste. Le suivi longitudinal est également l'une des faiblesses de notre étude. Toutefois, le bon taux d'acceptation prouve que des études de ce type-là sont plutôt bien accueillies, à la fois par les jeunes et par leurs parents, dans le cas de mineurs. Ce constat nous donne des perspectives pour la poursuite de cette étude dans la passation d'un troisième temps, à distance des traitements. En effet, nous pouvons nous attendre à des variations dans les réponses aux questionnaires, à la fois en termes de consommations et de comportements, et d'adaptation à la maladie à distance du vécu. La relecture à long terme d'une expérience telle qu'un cancer peut faire émerger des mouvements différents de ceux constatés au cours du traitement.

CONCLUSION GENERALE

Cette étude répondait, initialement, à la demande des équipes médicales confrontées à la complexité de la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes atteints de cancer, et devant notamment des questionnements amenés par les jeunes sur leurs consommations de tabac, cannabis et alcool. Très rapidement, nous avons complété ces questionnements avec des éléments qui nous ont paru pertinents dans le contexte à la fois de la période de l'adolescence et du début de l'âge adulte, et également en prenant en compte le contexte de la maladie cancéreuse, et tout ce que cela implique en termes de rupture de rythme et de vie, et plus largement en termes d'adaptation. L'ajout de l'évaluation de l'utilisation d'internet et des préoccupations alimentaires a été motivé à la fois par les échanges avec les collègues travaillant dans le service des adolescents et des jeunes adultes et par nos propres intérêts pour ces questions propres à l'adolescence.

L'intérêt de proposer une méthodologie mixte nous amène à confronter nos résultats à la fois quantitatifs et qualitatifs, afin de montrer comment ils se complètent. En effet, nous avons observé que nos participants consommaient peu, voire pas. Ces résultats ont été approfondis par les entretiens de recherche, au cours desquels les participants ont raconté leur manière de consommer avant la maladie et au cours des traitements contre le cancer. Par ailleurs, les résultats quantitatifs concernant l'utilisation d'internet et les préoccupations alimentaires se sont retrouvés dans le discours des participants au cours des entretiens de recherche, dans leur parcours médical, et comme conséquences du rythme et des bouleversements imposés par la maladie et les traitements.

Ce que l'on peut retenir de ce travail de thèse est que les patients-participants que nous avons rencontrés se montrent plutôt résilients dans l'ensemble et qu'ils subliment la période de la maladie et des traitements en utilisant des stratégies de coping, à la fois comportementales et cognitives et à tonalité plutôt positive.

Au vu de nos résultats, et comme évoqué lors de la discussion, il nous semble, à travers cette étude, que nous proposons un regard nouveau sur cette population dont les représentations intuitives concernant leurs comportements ne reflètent pas leur réalité, à la fois en termes de vécu de la maladie et d'individus en pleine maturation.

L'utilisation de l'analyse interprétative phénoménologique nous a permis, dans son approche ouverte, de considérer les participants globalement et d'accueillir leur vécu de la maladie au-delà des questionnements initiaux de notre recherche. Cette analyse semble précieuse pour resituer des comportements à risque que l'on pourrait considérer comme inadaptés chez les jeunes patients. Par ailleurs, l'absence de lien entre la détresse psychologique et les consommations de substances et les comportements problématiques, révélé par nos résultats quantitatifs, montre que les consommations des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer ne visent pas une automédication au cours de la période du traitement. Toutefois, nos résultats sont bien sûr à prendre avec précaution dans la mesure où nous n'avons probablement pas eu accès à des jeunes qui consommaient beaucoup et pour des raisons autres que festives.

Enfin, sur la question des consommations, il nous semble important de pouvoir proposer aux jeunes patients des consultations d'addictologie, où ils pourraient poser des questions relatives à leurs consommations. De plus, il s'agirait pour les médecins référents de rester attentifs à cette question et d'échanger à ce propos avec leurs patients. De manière plus générale, il nous semble important d'accompagner ces jeunes au long cours, car, comme le souligne la littérature, les jeunes qui consomment sont quand même plus à risque de devenir de forts consommateurs à l'âge adulte. Aussi, dans ce contexte, il s'agirait d'effectuer de la prévention en termes éventuellement de psychoéducation à propos des consommations. Le soutien psychologique de ces jeunes nous paraît également important devant les séquelles, à long terme, de la maladie.

Par ailleurs, l'utilisation de l'IPA a fait émerger des thèmes qui reprenaient, dans l'ensemble, les variables déjà évaluées sur le plan quantitatif, mais a permis un approfondissement de ces thèmes. Nous pensons notamment à « la réinterprétation positive » de l'expérience, mise en avant à travers la passation de la COPE et dans le discours des participants.

A la lumière de l'IPA, nous avons eu accès à la mise en sens de l'expérience de la maladie des participants. Ce concept de réinterprétation positive nous a amenés à nous interroger plus largement sur les concepts que, de manière intuitive nous avons associés à l'expérience de la maladie, notamment le développement post-traumatique. Cependant, nous avons vu, à travers la réflexion autour de ce nouveau concept, que nous avons nuancé ce propos en considérant que nous faisons face plus probablement à ce que les auteurs nomment aujourd'hui la croissance personnelle (Yalom, 2008) ou encore des expériences transformatrices (Deshields et al., 2016 ; Tedeschi & Calhoun, 2004). En effet, pour parler de développement post-traumatique, il s'agit de se situer à distance de l'événement et de voir comment certaines attitudes se sont installées de façon pérenne chez les individus.

La passation d'un temps 3, à distance des traitements, serait alors nécessaire pour explorer la variation des conduites à risque, et de l'adaptation émotionnelle.

En outre, à travers cette approche et la réflexion que j'ai eue au cours de cette recherche, ce travail de thèse a permis d'enrichir ma pratique clinique au travers de nombreuses lectures et d'échanges tout au long de ces trois années de thèse.

L'intérêt pour la clinique en cancérologie et l'approche humaniste, la volonté de ne pas « sur-pathologiser » et de reconsidérer le contexte de chaque individu, et enfin le souhait de ne pas enfermer ma réflexion dans une épistémologie bien spécifique, sont venus se confirmer et s'ancrer tout au long de ce parcours doctoral.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdoul, H., Le Faou, A.-L., Bouchez, J., Touzeau, D., & Lagrue, G. (2012). Facteurs prédictifs de suivi des jeunes fumeurs de cannabis consultant pour sevrage. *L'Encéphale*, 38(2), 141-148. doi:10.1016/j.encep.2011.04.007
- Abrams, D., & Guzman, M. (2015). Cannabis in cancer care. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 97(6), 575-586. doi:10.1002/cpt.108
- Adewuya, A.O. (2005). Validation of the alcohol use disorders identification test (audit) as a screening tool for alcohol-related problems among nigerian university students. *Alcohol and Alcoholism*, 40(6), 575-577. doi:10.1093/alcalc/agh197
- Aggarwal, S. K. (2016). Use of cannabinoids in cancer care: palliative care. *Current Oncology*, 23(2), 33-36. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4791145/>
- American Psychiatric Association (APA) 2000 Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed Revised) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, & Guelfi, J.-D. (2010). *Mini DSM-IV-TR critères diagnostiques: version française complétée des codes CIM-10*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed Revised) Washington (D.C.): American Psychiatric Association
- Anatrella, T. (2003). Les « adolescents ». *Études*, 399(7), 37-47. Retrieved from https://www-cairn-info.frodon.univ-paris5.fr/resume.php?ID_ARTICLE=ETU_991_0037
- Andreassen, C.S., Griffiths, M.D., Gjertsen, S.R., Krossbakken, E., Kvam, S., & Pallesen, S. (2013). The relationships between behavioral addictions and the five-factor model of personality. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(2), 90-99. doi:10.1556/JBA.2.2013.003
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi:10.1037//0003-066X.55.5.469
- Arnett, J.J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036614000807>
- Arpawong, T.E., Oland, A., Milam, J.E., Ruccione, K., & Meeske, K.A. (2013). Post-traumatic growth among an ethnically diverse sample of adolescent and young adult cancer survivors: Post-traumatic growth and adolescent cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22, 2235-2244. doi:10.1002/pon.3286

- Arpawong, T.E., Sussman, S., Milam, J.E., Unger, J.B., Land, H., Sun, P., & Rohrbach, L.A. (2015). Post-traumatic growth, stressful life events, and relationships with substance use behaviors among alternative high school students: A prospective study. *Psychology & Health, 30*(4), 475-494. doi:10.1080/08870446.2014.979171
- Aubin, H.J., Gillet, C., & Rigaud, A. (2015). Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie, 37*(1), 5-84. Retrieved from <http://www.labo-biopaj.fr/media/PDF/BIOPAJ/BIOPAJ-M%C3%A9susage-de-l'alcool.pdf>
- Austin, A., Hospital, M., Wagner, E.F., & Morris, S.L. (2010). Motivation for reducing substance use among minority adolescents: Targets for intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment, 39*(4), 399-407. doi:10.1016/j.jsat.2010.07.008
- Azoulay, C. (2012). Séparation, temporalité et créativité à l'adolescence. *Le Carnet PSY, 165*(7), 36. doi:10.3917/lcp.165.0036
- Balleux, A. (2007). Le récit phénoménologique: étape marquante dans l'analyse des données. *Recherches qualitatives, 3*, 396-423. Retrieved from http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Balleux-FINAL2.pdf
- Barnett, N.P., Lebeau-Craven, R., O'Leary, T.A., Colby, S.M., Wollard, R., Rohsenow, D.J., ... Monti, P.M. (2002). Predictors of motivation to change after medical treatment for drinking-related events in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(2), 106-112. doi:10.1037//0893-164X.16.2.106
- Barry, K., & Fleming, M.F. (1993). The Audit Disorders Identification Test and the SMAST-13 in a rural primary care sample. *Alcohol and Alcoholism, 28*(1), 33-42. doi:10.1093/oxfordjournals.alcalc.a045346
- Beck, F., Legleye, S., & Spilka, S. (2008). Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005. *La Presse Médicale, 37*(2), 207-215. doi:10.1016/j.lpm.2007.07.011
- Beitchman, J.H., Adlaf, E.M., Atkinson, L., Douglas, L., Beitchman, J.H., Adlaf, E.M., ... Kenaszchuk, C. (2005). Psychiatric and Substance Use Disorders in Late Adolescence: The Role of Risk and Perceived Social Support. *American Journal on Addictions, 14*(2), 124-138. doi:10.1080/10550490590924755
- Bellizzi, K.M., Miller, M.F., Arora, N.K., & Rowland, J.H. (2007). Positive and negative life changes experienced by survivors of non-Hodgkin's lymphoma. *Annals of Behavioral Medicine, 34*(2), 188-199. Retrieved from <http://www.springerlink.com/index/Y667N21311V12655.pdf>
- Bellon-Champel, L., & Varescon, I. (2016). Environnement familial et consommation de substances psychoactives à l'adolescence : facteurs de vulnérabilité et d'adaptation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. doi:10.1016/j.amp.2015.06.005

- Benard, V., Rolland, B., Messaadi, N., Petit, A., Cottencin, O., & Karila, L. (2015). Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale. *La Presse Médicale*, 44(7-8), 707-715. doi:10.1016/j.lpm.2014.11.014
- Bendrihen, N. (2015). Tear and reconstruction. Connecting trauma, fantasy and cancer. *Annales Médico-Psychologiques*, 173, 38-45. doi:10.1016/j.amp.2012.06.026
- Bernhardson, B.M., Olson, K., Baracos, V.E., & Wismer, W.V. (2012). Reframing eating during chemotherapy in cancer patients with chemosensory alterations. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(5), 483-490. doi:10.1016/j.ejon.2011.11.004
- Bertrand, A., Boyle, H., Moreaux, J., Guillot, L., Chvetzoff, G., Charbonnel, J.F., & Marec-Berard, P. (2016). La consommation de tabac, alcool et cannabis chez les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer a-t-elle un impact sur l'utilisation hospitalière des traitements antalgiques pendant la période de traitement? *Archives de Pédiatrie*, 23(4), 353-359. doi:10.1016/j.arcped.2015.12.022
- Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation? *Le Carnet PSY*, 96(1), 24. doi:10.3917/lcp.096.0024
- Blasquez, M.H., & Cruzado, J.A. (2016). A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional distress in patients with cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 14-21. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.05.010
- Birraux, A., & Marty, F. (2013). *L'adolescent face à son corps*. Paris: A. Michel.
- Bogdan, M., Muller, D., Refabert, L., & Dres, M. (2010). Tabagisme de l'adolescent. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 2(4), 358-361. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187712031070094X>
- Bonnet, A., & Pedinielli, J.L. (2013). *Les conduites à risque*. Paris: A. Colin.
- Boujut, E., & Bruchon-Schweitzer, M. (2010). Les troubles des comportements alimentaires chez des étudiants de première année : une étude prospective multigroupes. *Psychologie Française*, 55(4), 295-307. doi:10.1016/j.psfr.2010.08.001
- Bovin, E., Gignon, M., Mille, C., & Boudailliez, B. (2016). La non-observance thérapeutique face à une maladie au long cours à l'adolescence : conduites à risques... risques des conduites... de l'adolescent, des parents, du pédiatre.... *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(5), 302-307. doi:10.1016/j.neurenf.2016.01.005
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (1998). *L'Adolescence aux mille visages*. Paris: O. Jacob.
- Braham, S., Hadj Kacem, I., Mlika, S., Moalla, Y., Walha, A., Gaddour, N., ... Ghribi, F. (2015). Impulsivité et problèmes d'intériorisation et d'extériorisation chez l'adolescent. *L'Encéphale*, 41(3), 215-220. doi:10.1016/j.encep.2014.03.003

- Brown, T.A., Haedt-Matt, A.A., & Keel, P.K. (2011). Personality pathology in purging disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 735-740. doi:10.1002/eat.20904
- Brownstone, L.M., Fitzsimmons-Craft, E.E., Wonderlich, S.A., Joiner, T.E., Le Grange, D., Mitchell, J.E., ... Bardone-Cone, A.M. (2013). Hard exercise, affect lability, and personality among individuals with bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 14(4), 413-419. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.07.004
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts et modèles en psychologie de la santé. *Concepts, stress, coping.*, (67), 4-39. Retrieved from <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/67/4.pdf?8Q901-03W8J-90113-88Q97-11348>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- Bühren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K., ... Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Comorbid Psychiatric Disorders in Female Adolescents with First-Onset Anorexia Nervosa: Comorbidity in Adolescent Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(1), 39-44. doi:10.1002/erv.2254
- Buttin-Longueville, V., Ader, F.S., Gary, J., Rols, N., Leblanc, T., Bertozzi Salamon, A.I., ... Baruchel, A. (2010). L'adolescent en rémission complète du cancer: à propos d'une étude exploratoire. *Psycho-Oncologie*, 4(S1), 8-12. doi:10.1007/s11839-010-0251-9
- Callahan, S., & Chabrol, H. (2016). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod.
- Calugi, S., Dalle Grave, R., & Marchesini, G. (2009). Night eating syndrome in class II–III obesity: metabolic and psychopathological features. *International Journal of Obesity*, 33(8), 899–904. doi: 10.1038/ijo.2009.105
- Cannard, C. (2015). *Le développement de l'adolescent: l'adolescent à la recherche de son identité*. Louvain-la-Neuve: de Boeck.
- Carbaugh, R.J., & Sias, S.M. (2010). Comorbidity of bulimia nervosa and substance abuse: Etiologies, treatment issues, and treatment approaches. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(2), 125. Retrieved from <http://search.proquest.com/openview/51610b49ae11c1e334729fc6b5a90638/1?pq-origsite=gscholar>
- Carlson, S.R., & Johnson, S.C. (2012). Impulsivity is not always associated with student drinking: A moderation study of impulsivity and drinking by positive alcohol expectancies. *Addictive Behaviors*, 37(4), 556-560. doi:10.1016/j.addbeh.2011.12.007
- Carlson, S.R., Johnson, S.C., & Jacobs, P.C. (2010). Disinhibited characteristics and binge drinking among university student drinkers. *Addictive Behaviors*, 35(3), 242-251. doi:10.1016/j.addbeh.2009.10.020

- Cavro, É., Bungener, C., & Bioy, A. (2005). Le syndrome de Lazare: une problématique de la rémission. Réflexions autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(2), 74-79. doi:10.1007/s10332-005-0059-1
- Carver, S.C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long : consider the brief cope, *International Journal of Behavior Medicine*, 4(1), 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Chabrol, H., Roura, C., & Kallmeyer, A. (2004). Les représentations des effets du cannabis: une étude qualitative chez les adolescents consommateurs et non consommateurs. *L'Encéphale*, 30(3), 259-265.
- Chauchard, E., Septfons, A., & Chabrol, H. (2013). Motivations et stratégies lors d'arrêt spontané de la consommation de cannabis : quel impact sur les rechutes ? *L'Encéphale*, 39(6), 385-392. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.03.008>
- Chavagnat, J.J., & Lévy-Chavagnat, D. (2015). Conduites d'alcoolisation. *Actualités Pharmaceutiques*, 54(543), 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2014.11.021>
- Cicchelli, V. (2001). Les jeunes adultes comme objet théorique. *Recherches et prévisions*, 65(1), 5-18. <https://doi.org/10.3406/caf.2001.961>
- Coccia, P.F., Altman, J., Bhatia, S., Borinstein, S.C., Flynn, J., George, S., ... others. (2012). Adolescent and young adult oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 10(9), 1112-1150. Retrieved from <http://www.jnccn.org/content/10/9/1112.short>
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H., & Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. doi:10.1037//0033-2909.127.1.87
- Coq, J.M., & Le Maléfan, P. (2016). Événements à potentialité traumatique et changement de ou dans la personnalité. *Annales Médico-psychologiques*, 174, 564-569. doi:10.1016/j.amp.2015.11.011
- Courtois, R., Caudrelier, N., Legay, E., Lalande, G., Halimi, A., & Jonas, C. (2007). Influence parentale (dépendance tabagique et styles éducatifs) sur la consommation et la dépendance tabagique de leur adolescent. *La Presse Médicale*, 36(10), 1341-1349. doi:10.1016/j.lpm.2007.02.017
- Cox, C.L., McLaughlin, R.A., Steen, B.D., & Hudson, M.M. (2006). Predicting and Modifying Substance Use in Childhood Cancer Survivors: Application of a Conceptual Model. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 51-60. doi:10.1188/06.ONF.51-60
- da Rocha, G., Roos, P., & Shaha, M. (2014). Le sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face à l'annonce d'un cancer. *Revue internationale de soins palliatifs*, 29(2), 49. doi:10.3917/inka.142.0049
- de Pourtalès, M.A., Hazen, C., Cottencin, O., & Consoli, S.M. (2010). Adolescence, prise de toxiques et tentative de suicide par défenestration. *La Presse Médicale*, 39(2), 177-186. doi:10.1016/j.lpm.2009.03.012

- Décamps, G., Idier, L., & Battaglia, N. (2013). Personnalité et profils addictifs : étude des consommations de substances et des pratiques comportementales addictives en population étudiante. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 23(2), 73-80. doi:10.1016/j.jtcc.2013.04.001
- Depraz, N. (2006). *Comprendre la phénoménologie: une pratique concrète*. Paris: Armand Colin.
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2012). Cannabis : usage et dépendance. *La Presse Médicale*, 41(12), 1233-1240. doi:10.1016/j.lpm.2012.07.016
- Desandes, E. (2013). Épidémiologie des cancers de l'adolescent. *Revue d'Oncologie Hématologie Pédiatrique*, 1(1), 15-20. doi:10.1016/j.oncohp.2013.04.002
- Desandes, E., Lacour, B., Belot, A., Molinie, F., Delafosse, P., Tretarre, B., ... Clavel, J. (2013). Cancer Incidence and Survival in Adolescents and Young Adults in France, 2000–2008. *Pediatric Hematology and Oncology*, 30(4), 291-306. doi:10.3109/08880018.2012.762569
- Desandes, E., Lacour, B., Sommelet, D., Buemi, A., Danzon, A., Delafosse, P., ... Brugieres, L. (2004). Cancer incidence among adolescents in France. *Pediatric Blood & Cancer*, 43(7), 742-748. doi:10.1002/pbc.20106
- Deshields, T.L., Heiland, M.F., Kracen, A.C., & Dua, P. (2016). Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model: Resilience in adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 25(1), 11-18. doi:10.1002/pon.3800
- Despinoy, M. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: A. Colin.
- Di Fiore, F., & Rigal, O. (2009). Difficultés alimentaires liées à la chimiothérapie. *Oncologie*, 11(4), 204-210. doi:10.1007/s10269-009-1051-3
- Dierker, L., Rose, J., Selya, A., Piasecki, T.M., Hedeker, D., & Mermelstein, R. (2015). Depression and nicotine dependence from adolescence to young adulthood. *Addictive Behaviors*, 41, 124-128. doi:10.1016/j.addbeh.2014.10.004
- Dorard, G., Bungener, C., Corcos, M., & Berthoz, S. (2014). Estime de soi, coping, soutien social perçu et dépendance au cannabis chez l'adolescent et le jeune adulte. *L'Encéphale*, 40(3), 255-262. doi:10.1016/j.encep.2013.04.014
- Doron, J., Trouillet, R., Gana, K., Boiché, J., Neveu, D., & Ninot, G. (2014). Examination of the Hierarchical Structure of the Brief COPE in a French Sample: Empirical and Theoretical Convergences. *Journal of Personality Assessment*, 96(5), 567-575. doi:10.1080/00223891.2014.886255
- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., ... Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors: Pathological internet use among adolescents. *Addiction*, 107(12), 2210-2222. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x

- Eicher, M., Matzka, M., Dubey, C., & White, K. (2015). Resilience in Adult Cancer Care: An Integrative Literature Review. *Oncology Nursing Forum*, 42(1), 3-16. doi:10.1188/15.ONF.E3-E16
- Erdur, L., Kallenbach-Dermutz, B., Lehmann, V., Zimmermann-Viehoff, F., Köpp, W., Weber, C., & Deter, H.C. (2012). Somatic comorbidity in anorexia nervosa: first results of a 21-year follow-up study on female inpatients. *BioPsychoSocial medicine*, 6, 4. doi:10.1186/1751-0759-6-4
- Erickson, J.M., MacPherson, C.F., Ameringer, S., Baggott, C., Linder, L., & Stegenga, K. (2013). Symptoms and symptom clusters in adolescents receiving cancer treatment: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 50(6), 847-869. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.011
- Erickson, S., Feldman, S.S., & Steiner, H. (1997). Defense reactions and coping strategies in normal adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(1), 45-56. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1025145119301>
- Erikson, E.H., Nass, J., & Louis-Combet, C. (2014). *Adolescence et crise: la quête de l'identité*. Paris : Flammarion.
- Etter, J.F., & Eissenberg, T. (2015). Dependence levels in users of electronic cigarettes, nicotine gums and tobacco cigarettes. *Drug and Alcohol Dependence*, 147, 68-75. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.12.007
- Fallu, J.S., Charron, M.C., Brière, F.N., & Janosz, M. (2012). La consommation de substances psychoactives chez les adolescents: Effets modérateurs de l'anxiété. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 44(4), 319-329. doi:10.1037/a0022229
- Fasse, L., & Zech, E. (2015). Dual Process Model of Coping With Bereavement in the Test of the Subjective Experiences of Bereaved Spouses: An Interpretative Phenomenological Analysis. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-27. doi:10.1177/0030222815598668
- Fearon, K., Strasser, S., Anker, S.D., Bosaeus, I., Bruera, E., Fainsinger, R.L., ... Baracos, V.E. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *The Lancet Oncology*, 12: 289-95. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204510702187>
- Fernandez, L., Bonnet, A., Teyssier, M.F., Apter, M.J., Pedinielli, J.L., & Sztulman, H. (2004). Tabagisme et états métamotivationnels chez des adolescents lycéens. *Psychotropes*, 10(2), 19. doi:10.3917/psyt.102.0019
- Flouri, E., & Mavroveli, S. (2013). Adverse Life Events and Emotional and Behavioural Problems in Adolescence: The Role of Coping and Emotion Regulation: Adverse Life Events and Resilience in Adolescence. *Stress and Health*, 29(5), 360-368. doi:10.1002/smi.2478
- Frankl, V.E. (2006). *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie : le témoignage et les leçons de vie d'un grand homme* (C.J Bacon & L. Drolet, Trans). Paris : Flammarion. (Original work published 1959).

- Freud, S. (1923). *Trois essais sur la théorie sexuelle* (B Reverchon-Jouve & B Groethuysen, Trans). Paris : Gallimard (Original work published 1905).
- Frobisher, C., Winter, D.L., Lancashire, E.R., Reulen, R.C., Taylor, A.J., Eiser, C., ... on behalf of the British Childhood Cancer Survivor Study. (2008). Extent of Smoking and Age at Initiation of Smoking Among Adult Survivors of Childhood Cancer in Britain. *Journal of the National Cancer Institute*, 100(15), 1068-1081. doi:10.1093/jnci/djn210
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daeppen, J.-B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version: *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29(11), 2001-2007. doi:10.1097/01.alc.0000187034.58955.64
- Gaetan, S., Bonnet, A., & Pedinielli, J.L. (2012). Perception de soi et satisfaction de vie dans l'addiction aux jeux vidéo chez les jeunes adolescents (11–14 ans). *L'Encéphale*, 38(6), 512-518. doi:10.1016/j.encep.2012.04.003
- Gaetan, S., Therme, P., & Bonnet, A. (2015). L'utilisation addictive des jeux vidéo est-elle une solution adaptative à la perception de soi et à la symptomatologie dépressive des jeunes adolescents (11–14ans) ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(4), 250-257. doi:10.1016/j.neurenf.2014.09.001
- Galatzer-Levy, I.R., Burton, C.L., & Bonanno, G.A. (2012). Coping flexibility, potentially traumatic life events, and resilience: A prospective study of college student adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(6), 542–567. Retrieved from <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.2012.31.6.542>
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32(2), 449-454. doi:10.1016/j.adolescence.2008.01.003
- Gianini, L.M., White, M.A., & Masheb, R.M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309-313. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.05.008
- Gloria, C.T., & Steinhardt, M.A. (2016). Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health: Positive Emotions, Resilience and Health. *Stress and Health*, 32(2), 145-156. doi:10.1002/smi.2589
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British journal of addiction*, 85(11), 1403–1408. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x/full>
- Gourion, D. (2015). *La fragilité psychique des jeunes adultes: 15-30 ans : prévenir, aider et accompagner*. Paris : Odile Jacob.
- Gouvernet, B., Mouchard, J., & Combaluzier, S. (2015). Analyses en pistes causales d'un modèle d'une organisation fonctionnelle des relations entre mécanismes de défense et stratégies de coping. *L'Encéphale*, 41(5), 403-411. doi:10.1016/j.encep.2014.10.003

- Graindorge, C. (2005). *Comprendre l'enfant malade: Du traumatisme à la restauration psychique*. Paris: Dunod.
- Grebot, E., & Paty, B. (2010). Les dérivés conscients des mécanismes de défense au questionnaire de Bond (DSQ 40) : stabilité ou variabilité entre une situation non anxiogène et une situation anxiogène. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *168*(2), 107-113. doi:10.1016/j.amp.2009.03.019
- Grebot, E., Paty, B., & Dephanix, N.G. (2006). Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante. *L'Encéphale*, *32*(3), 315-324. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700606761589>
- Grèze, V., Chambon, F., Isfan, F., Pereira, B., & Kanold, J. (2015). Épidémiologie et parcours de soins des adolescents de 15 à 19ans atteints de cancers diagnostiqués en Auvergne entre 2008 et 2013. *Revue d'Oncologie Hématologie Pédiatrique*, *3*(3), 125-133. doi:10.1016/j.oncohp.2015.06.004
- Griffiths, M. (2010). Online video gaming: what should educational psychologists know? *Educational Psychology in Practice*, *26*(1), 35-40. doi:10.1080/02667360903522769
- Griggs, S., & Walker, R.K. (2016). The Role of Hope for Adolescents with a Chronic Illness: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*. doi:10.1016/j.pedn.2016.02.011
- Gualano, M.R., Bert, F., Passi, S., Stillo, M., Galis, V., Manzoli, L., & Siliquini, R. (2015). Use of self-medication among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health*, *25*(3), 444-450. doi:10.1093/eurpub/cku207
- Guillem, E., Arbabzadeh-Bouchez, S., Vorspan, F., & Bellivier, F. (2015). Comorbidités chez 207 usagers de cannabis en consultation jeunes consommateurs. *L'Encéphale*, *41*, 7-12. doi:10.1016/j.encep.2014.06.004
- Hastier, N., Quinque, K., Bonnel, A.S., Leménager, S., & Le Roux, P. (2006). Tabac et adolescence: Enquête sur les motivations et les connaissances des effets du tabac. *Revue des maladies respiratoires*, *23*(3), 237-241. doi:10.1019/20064015
- Hébuterne, X. (2009). Nutrition du malade cancéreux: il est temps de s'en soucier. *Oncologie*, *11*(4), 187-189. doi:10.1007/s10269-009-1073-x
- Herres, J. (2015). Adolescent coping profiles differentiate reports of depression and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *186*, 312-319. doi:10.1016/j.jad.2015.07.031
- Idier, L., Décamps, G., Rasclé, N., & Koleck, M. (2011). Étude comparative de l'attirance, la fréquence et l'intensité des conduites addictives chez les étudiants et les étudiantes. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *169*(8), 517-522. doi:10.1016/j.amp.2010.07.014
- Jacquin, P., & Levine, M. (2008). Difficultés d'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence : comprendre pour agir. *Archives de Pédiatrie*, *15*(1), 89-94. doi:10.1016/j.arcped.2007.10.016

- Jalenques, I., Levallois, S., Geneste, J., & Demeocq, F. (2007). La psycho-oncologie de l'enfant et de l'adolescent: évolution des connaissances et des pratiques. *Annales Médico-psychologiques*, 165, 290–292. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448707000625>
- Jeammet, P. (2007). Actualité du trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(8), 469-472. doi:10.1016/j.neurenf.2007.06.015
- Jousselme, C. (2013). L'adolescent atteint de maladie chronique à la conquête de l'autonomie. *Médecine des maladies métaboliques*, 7(4), 325–329. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255713705893>
- Jousselme, C. (2014). *Comprendre l'enfant malade: du traumatisme à la restauration psychique*. Paris: Dunod.
- Jutras, S. (2012). Les bénéfices associés à l'expérience du cancer pédiatrique. Le point de vue d'enfants, d'adultes guéris et de parents. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, (1), 159–180. Retrieved from http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=CIPS_093_0159
- Karila, L., & Reynaud, M. (2006). Facteurs de risque et de vulnérabilité. *M Reynaud. Traité d'Addictologie*. Paris, Flammarion.
- Kato, T. (2015). Effects of Flexibility in Coping with Chronic Headaches on Depressive Symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 506-511. doi:10.1007/s12529-014-9443-1
- Kerjean, J., & Le Berre, E. (2012). Addictions chez l'adolescent : tabac, cannabis. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 25(4), 179-184. doi:10.1016/j.jpp.2012.03.003
- Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., Bulik, C.M., Hoek, H.W., Sihvola, E., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2013). Depression and Drive for Thinness are Associated with Persistent Bulimia Nervosa in the Community: Persistent Bulimia Nervosa in the Community. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 121-129. doi:10.1002/erv.2182
- Khantzian, E.J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244. doi:10.3109/10673229709030550
- Khazaal, Y., Billieux, J., Thorens, G., Khan, R., Louati, Y., Scarlatti, E., ... Zullino, D. (2008). French Validation of the Internet Addiction Test. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), 703-706. doi:10.1089/cpb.2007.0249
- Kotnik, R. (2011). Enseigner la phénoménologie dans les formations à la psychothérapie. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, (1), 105–128. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-gestalt-therapie-2011-1-page-105.htm>
- Koval, J.J., & Pederson, L.L. (1999). Stress-coping and other psychosocial risk factors: *Addictive Behaviors*, 24(2), 207-218. doi:10.1016/S0306-4603(98)00037-9

- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2012). Coping and depressive symptoms in adolescents with a chronic medical condition: A search for intervention targets. *Journal of Adolescence*, *35*(6), 1593-1600. doi:10.1016/j.adolescence.2012.06.007
- Kramer, U. (2010). Coping and defence mechanisms: What's the difference?- Second act. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *83*(2), 207-221. doi:10.1348/147608309X475989
- Kuss, D.J., van Rooij, A.J., Shorter, G.W., Griffiths, M.D., & van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, *29*(5), 1987-1996. doi:10.1016/j.chb.2013.04.002
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E.M., Ryttilahti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R., & Jämsä, T. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European journal of cancer care*, *10*(1), 6–11. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2354.2001.00243.x/full>
- Lagrange, H., & Legleye, S. (2007). Violence, alcool, cannabis et dépression chez les adolescents français. *Déviance et Société*, *31*(3), 331. doi:10.3917/ds.313.0331
- Lambert, N.M., Fincham, F.D., & Stillman, T.F. (2012). Gratitude and depressive symptoms: The role of positive reframing and positive emotion. *Cognition & Emotion*, *26*(4), 615-633. doi:10.1080/02699931.2011.595393
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5. ed). Paris: Pr. Univ. de France.
- Larsson, G., Mattsson, E., & von Essen, L. (2010). Aspects of quality of life, anxiety, and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: A long-term follow-up study. *European Journal of Cancer*, *46*(6), 1062-1068. doi:10.1016/j.ejca.2010.01.021
- Laurence, V. (2009). Épidémiologie des cancers des adolescents et des jeunes adultes. *La Lettre du cancérologue*, *18*(3), 134–136. Retrieved from <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/15153.pdf>
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer
- Le Berre, E., & Kerjean, J. (2012). Addiction chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, *25*(3), 136-141. doi:10.1016/j.jpp.2012.02.002
- Le Fourn, J.Y. (2007). L'« Amoitié »: De Jonathan à JN. A. Rimbaud. *Adolescence*, *61*(3), 497. doi:10.3917/ado.061.0497
- Le Naour, R. (2008). La question de l'identité et du narcissisme à l'adolescence. *L'information psychiatrique*, *84*(2), 149. doi:10.3917/inpsy.8402.0149
- Lecigne, M., & Tapia, G. (2016). Trouble de stress post-traumatique et trouble lié à l'usage de substances illicites: le rôle médiateur des schémas précoces inadaptés. *Pratiques Psychologiques*, *22*(4), 417-430. doi:10.1016/j.prps.2016.06.001

- Lee, J.O., Hill, K.G., Guttmanova, K., Bailey, J.A., Hartigan, L.A., Hawkins, J.D., & Catalano, R. F. (2012). The effects of general and alcohol-specific peer factors in adolescence on trajectories of alcohol abuse disorder symptoms from 21 to 33 years. *Drug and Alcohol Dependence*, *121*(3), 213-219. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.08.028
- Lee, M.Y., Mu, P.F., Tsay, S.F., Chou, S.S., Chen, Y.C., & Wong, T.T. (2012). Body image of children and adolescents with cancer: A metasynthesis on qualitative research findings: Body image of children with cancer. *Nursing & Health Sciences*, *14*(3), 381-390. doi:10.1111/j.1442-2018.2012.00695.x
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, *12*(4), 233-242. doi:10.1080/14659890701476532
- Legleye, S., Piontek, D., & Kraus, L. (2011). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, *113*(2-3), 229-235. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.08.011
- Lehmann, V., Grönqvist, H., Engvall, G., Ander, M., Tuinman, M.A., Hagedoorn, M., ... von Essen, L. (2014). Negative and positive consequences of adolescent cancer 10 years after diagnosis: an interview-based longitudinal study in Sweden: Consequences of adolescent cancer 10 years after diagnosis. *Psycho-Oncology*, *23*(11), 1229-1235. doi:10.1002/pon.3549
- Lemerle-Gruson, S., & Méro, S. (2010). Adolescence, maladies chroniques, observance et refus de soins. *Laennec*, *58*(3), 21. doi:10.3917/lae.103.0021
- Lepine, J.P., Godchau, M., & Brun, P. (1985). Anxiety and depression in inpatients. *The Lancet*, *326*(8469), 1425-1426. doi:10.1016/S0140-6736(85)92589-9
- Levallois, S., Décombas, M., Kanold, J., Paillard, C., Geneste, J., & Jalenques, I. (2007). Enfants et adolescents à l'épreuve du cancer: éclairage psychologique. *Annales Médico-psychologiques*, *165*, 293-297. doi:10.1016/S0003-4487(07)00063-7
- Lewis, I. J. (1996). Cancer in adolescence. *British medical bulletin*, *52*(4), 887-897. Retrieved from <http://bmb.oxfordjournals.org/content/52/4/887.short>
- Liu, M., & Peng, W. (2009). Cognitive and psychological predictors of the negative outcomes associated with playing MMOGs (massively multiplayer online games). *Computers in Human Behavior*, *25*(6), 1306-1311. doi:10.1016/j.chb.2009.06.002
- Lopez, B., Turner, R.J., & Saavedra, L.M. (2005). Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(3), 275-294. doi:10.1016/j.janxdis.2004.03.001
- Lown, E.A., Goldsby, R., Mertens, A.C., Greenfield, T., Bond, J., Whitton, J., ... Zeltzer, L.K. (2008). Alcohol consumption patterns and risk factors among childhood cancer survivors compared to siblings and general population peers. *Addiction*, *103*(7), 1139-1148. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02242.x

- Marcelli, D. (2007). Adolescence et subjectivation. Une déconstruction de l'intersubjectivité? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(5-6), 251-257. doi:10.1016/j.neurenf.2007.06.014
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2013). *Adolescence et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Marioni, G., Brugières, L., & Dauchy, S. (2009). Effets secondaires des traitements et effacement du corps sexué chez l'adolescent atteint de cancer. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(2), 113-117. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.009
- Martin, C., Weill, F., Vogel, T., & Andrès, E. (2016). Cannabis et cannabinoïdes en médecine: revue de la littérature quant aux bénéfices et risques de leur utilisation. *Médecine thérapeutique*, 22(3), 151–159. doi:10.1684/met.2016.0561
- Marty, F. (2014). Séparation, dépendance et dépression à l'adolescence. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17, 111–126. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151614982014000300010&script=sci_arttext&tlng=es
- McGee, R., Williams, S., Nada-Raja, S., & Olsson, C.A. (2013). Tobacco Smoking in Adolescence Predicts Maladaptive Coping Styles in Adulthood. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(12), 1971-1977. doi:10.1093/ntr/ntt081
- McKenzie, M., Olsson, C.A., Jorm, A.F., Romaniuk, H., & Patton, G.C. (2010). Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with daily smoking and nicotine dependence in young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study: Teen depression and young adult smoking. *Addiction*, 105(9), 1652-1659. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03002.x
- Middleton, R.J. (2014) Meeting the psychological care needs of patients with cancer. *Nursing Standard*, 28(21), 39-45. doi: 10.7748/ns2014.01.28.21.39.e8149
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Monteiro, S., Torres, A., Morgadinho, R., & Pereira, A. (2013). Psychosocial Outcomes in Young Adults with Cancer: Emotional Distress, Quality of Life and Personal Growth. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 299-305. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.08.003>
- Montel, S., & Tarquinio, C. (2014). Treating chronic pain with CBT after a stomach cancer: what strategies can be used? *Pain Medicine*, 15(2), 339–340. Retrieved from <https://academic.oup.com/painmedicine/article/15/2/339/1825564>
- Morgan, S., Davies, S., Palmer, S., & Plaster, M. (2010). Sex, Drugs, and Rock 'n' Roll: Caring for Adolescents and Young Adults With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4825-4830. doi:10.1200/JCO.2009.22.5474

- Muller, L., Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: validation du brief cope sur une population française, *L'Encéphale*, 29, 507-18. doi:ENC-12-2003-29-6-0013-7006-101019-ART5
- Mura, P. (2016). Quels effets attendre d'une légalisation du cannabis en France? *Toxicologie Analytique et Clinique*, 28(3), 181-183. doi:10.1016/j.toxac.2016.07.003
- Nagler, R.H., Puleo, E., Sprunck-Harrild, K., & Emmons, K.M. (2012). Internet use among childhood and young adult cancer survivors who smoke: implications for cessation interventions. *Cancer Causes & Control*, 23(4), 647-652. doi:10.1007/s10552-012-9926-9
- Spilka, S., & Le Nézet, O. (2013). Alcool, tabac et cannabis durant les «années lycée». *Tendance*, 89. Retrieved from <http://ofdt-fr.adhara.coteo.com/BDD/publications/docs/eftxsstb.pdf>
- Oberholzer, R., Hopkinson, J. B., Baumann, K., Omlin, A., Kaasa, S., Fearon, K.C., & Strasser, F. (2013). Psychosocial Effects of Cancer Cachexia: A Systematic Literature Search and Qualitative Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(1), 77-95. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.06.020
- Ogden, J., & Desrichard, O. (2008). *Psychologie de la santé*. Bruxelles: De Boeck.
- Oppenheim, D. (2009). *Grandir avec un cancer l'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles; Paris: De Boeck.
- Orsi, M.M., Brochu, S., Lafortune, D., & Patenaude, C. (2014). Factors associated with the motivation to use psychoactive substances and the motivation to change in adolescents in an authoritarian context. *Children and Youth Services Review*, 39, 11-19. doi:10.1016/j.childyouth.2013.12.009
- Oxley, L. (2016). An examination of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Educational and Child Psychology*, 33(3), 55-62. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/frodon.univ-paris5.fr/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=383eeefd-10d6-4611-844a-0fabd8add430%40sessionmgr104>
- Pacquement, H., & Laurence, V. (2009). Spécificité de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes en cancérologie. *La Lettre du Cancérologue*, 3, 139-140. Retrieved from <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/15154.pdf>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2013). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: A. Colin.
- Palmer, R.H.C., Knopik, V.S., Rhee, S.H., Hopfer, C.J., Corley, R.C., Young, S.E., ... Hewitt, J.K. (2013). Prospective effects of adolescent indicators of behavioral disinhibition on DSM-IV alcohol, tobacco, and illicit drug dependence in young adulthood. *Addictive Behaviors*, 38(9), 2415-2421. doi:10.1016/j.addbeh.2013.03.021
- Parmentier, G., & Rolland, S. (2009). Consumers in virtual worlds: Identity building and consuming experience in Second Life. *Recherche et Applications en Marketing*, 24(3), 43-55. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/205157070902400302>

- Patterson, P., McDonald, F.E.J., Zebrack, B., & Medlow, S. (2015). Emerging Issues Among Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(1), 53-59. doi:10.1016/j.soncn.2014.11.006
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92(4), 545-557. doi:10.3406/psy.1992.29539
- Pédinielli, J.L.(1996). Les théories étiologiques des maladies, *Psychologie Française*, 41(2), 137-145. Retrieved from <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3129209>
- Penel-Page, M., Normand, C., Bertrand, A., Levard, A., Boyle, H., Riberon, C., & Marec-Berard, P. (2015). Gestion des aplasies fébriles chez les adolescents et jeunes adultes : différences de pratiques entre secteurs adultes et pédiatriques. *Bulletin du Cancer*, 102(11), 915-922. doi:10.1016/j.bulcan.2015.08.001
- Perry, J.C., Guelfi, J.D., & Perry, J.C. (2009). *Mécanismes de défense: principes et échelles d'évaluation*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Picherot, G., Urbain, J., Dreno, L., Caldagues, E., Caquard, M., Pernel, A.S., & Amar, M. (2010). L'alcoolisation des adolescents : une précocité inquiétante ? *Archives de Pédiatrie*, 17(5), 583-587. doi:10.1016/j.arcped.2009.12.007
- Polomeni, A. (2011). L'expérience de la maladie et des traitements chez des adolescents et jeunes adultes atteints d'hémopathies malignes. *Bulletin du Cancer*, 98(10), 1193-1200. doi:10.1684/bdc.2011.1455
- Prevost, V., Joubert, C., Heutte, N., & Babin, E. (2014). Assessment of nutritional status and quality of life in patients treated for head and neck cancer. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 131(2), 113-120. doi:10.1016/j.anorl.2013.06.007
- Pringle, J., Drummond, J., MacLafferty, E., & Hendry, C. (2011). Interpretative phenomenological analysis: a discussion and critique. *Nurse researcher*, 18(3), 20. Retrieved from <http://search.proquest.com/openview/5d18d737e289b39f58258b4a9a3645d8/1?pq-origsite=gscholar>
- Pujol, J.L., Mérel, J.P., & Arnaud, É. (2014). Le mot qui faisait trauma. Analyse qualitative des principales unités signifiantes après le diagnostic de cancer et leur regroupement thématique. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(4), 780-797. doi:10.1016/j.evopsy.2014.02.010
- Pujol, J.L., Mérel, J.P., Arnaud, E., Launay, M., & Boulze, I. (2013). Le cancer comme intrusion : réflexions psychopathologiques sur certaines modalités de réaction dans l'après-coup de l'annonce. *Psycho-Oncologie*, 7(3), 189-198. doi:10.1007/s11839-013-0432-4
- Quinn, G., Goncalves, V., Sehovic, I., Bowman, M., & Reed, D. (2015). Quality of life in adolescent and young adult cancer patients: a systematic review of the literature. *Patient Related Outcome Measures*, 19. doi:10.2147/PROM.S51658
- Rabin, C. (2011). Review of health behaviors and their correlates among young adult cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(1), 41-52. doi:10.1007/s10865-010-9285-5

- Ravanel, L. (2009). Les séquelles comme actualisation du trauma. *Psycho-Oncologie*, 3(4), 246-247. doi:10.1007/s11839-009-0157-6
- Rianthavorn, P., & Ettenger, R. B. (2005). Medication non-adherence in the adolescent renal transplant recipient: A clinician's viewpoint. *Pediatric Transplantation*, 9(3), 398-407. doi:10.1111/j.1399-3046.2005.00358.x
- Ribadier, A., & Varescon, I. (2016). Étude des styles défensifs, des défenses et des stratégies de coping au sein d'une population alcoolodépendante. *L'Encéphale*. doi:10.1016/j.encep.2016.06.003
- Rice, V., & Liu, B. (2016). Personal resilience and coping with implications for work. Part I: A review. *Work*, 54(2), 325-333. doi:10.3233/WOR-162300
- Rittenberg, C.N. (1995). Positive thinking: an unfair burden for cancer patients? *Supportive Care in Cancer*, 3(1), 37-39. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00343919>
- Rodríguez-Naranjo, C., & Caño, A. (2016). Daily stress and coping styles in adolescent hopelessness depression: Moderating effects of gender. *Personality and Individual Differences*, 97, 109-114. doi:10.1016/j.paid.2016.03.027
- Rogers, A.A., Willoughby, B.J., & Nelson, L.J. (2016). Young Adults' Perceived Purposes of Emerging Adulthood: Implications for Cohabitation. *The Journal of Psychology*, 150(4), 485-501. doi:10.1080/00223980.2015.1099513
- Romo, L., Bioulac-Rogier, S., Kern, L., & Michel, G. (2012). *La dépendance aux jeux vidéo et à internet*. Paris: Dunod.
- Rosipal, N.C., Mingle, L., Smith, J., & Morris, G.S. (2013). Assessment of Voluntary Exercise Behavior and Active Video Gaming Among Adolescent and Young Adult Patients During Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(1), 24-33. doi:10.1177/1043454212461071
- Santangelo, P., Reinhard, I., Mussgay, L., Steil, R., Sawitzki, G., Klein, C., ... Ebner-Priemer, U. W. (2014). Specificity of affective instability in patients with borderline personality disorder compared to posttraumatic stress disorder, bulimia nervosa, and healthy controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 258-272. doi:10.1037/a0035619
- Scheier, M.F., Weintraub, J.K., & Carver, C.S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1257. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-13163-001>
- Schiltz, L., & Brytek-Matera, A. (2009). Stratégies d'ajustement et mécanismes de défense dans les troubles du comportement alimentaire. Résultats d'une étude exploratoire à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(5), 335-343. doi:10.1016/j.neurenf.2008.09.011
- Schmidt, C. (2006). Lack of progress in teen and young adult cancers concerns researchers, prompts study. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(24), 1760-1763. doi:10.1016/j.encep.2010.06.006

- Schmit, S., Chauchard, E., Chabrol, H., & Sejourne, N. (2011). Évaluation des caractéristiques sociales, des stratégies de coping, de l'estime de soi et de la symptomatologie dépressive en relation avec la dépendance aux jeux vidéo en ligne chez les adolescents et les jeunes adultes. *L'Encéphale*, *37*(3), 217-223. doi:10.1016/j.encep.2010.06.006
- Schumacher, J.R., Palta, M., LoConte, N.K., Trentham-Dietz, A., Witt, W.P., Heidrich, S.M., & Smith, M.A. (2013). Characterizing the psychological distress response before and after a cancer diagnosis. *Journal of Behavioral Medicine*, *36*(6), 591-600. doi:10.1007/s10865-012-9453-x
- Schwitzer, T., Gillet, C., Bisch, M., Di Patrizio, P., Schwan, R., & Laprevote, V. (2016). Consommations conjointes de cannabis et de tabac?: connaissances cliniques et perspectives thérapeutiques. *Thérapie*, *71*(3), 315-322. doi:10.1016/j.therap.2016.02.027
- Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpertz, S., Salbach-Andrae, H., ... Herpertz-Dahlmann, B. (2013). The Role of Impulsivity, Inattention and Comorbid ADHD in Patients with Bulimia Nervosa. *PLoS ONE*, *8*(5), e63891. doi:10.1371/journal.pone.0063891
- Shadili, G. (2014). Adolescents et jeunes adultes. *L'information psychiatrique*, *90*(1), 11-19. doi:10.3917/inpsy.9001.0011
- Shahar, G. (2012). A social-clinical psychological statement on resilience: introduction to the special issue. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *31*(6), 535-541. Retrieved from <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.2012.31.6.535>
- Smith, J.A. (2004) Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *1*, 39-54. doi:10.1191/1478088704qp004oa
- Smith, J.A. (2007). Hermeneutics, human sciences and health: linking theory and practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *2*(1), 3-11. doi:10.1080/17482620601016120
- Smith, J.A. (2011a). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, *5*(1), 9-27. doi:10.1080/17437199.2010.510659
- Smith, J.A. (2011b). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis: a reply to the commentaries and further development of criteria. *Health Psychology Review*, *5*(1), 55-61. doi:10.1080/17437199.2010.541743
- Smith, S.K., Samsa, G., Ganz, P.A., & Zimmerman, S. (2014). Is there a relationship between posttraumatic stress and growth after a lymphoma diagnosis?: Posttraumatic stress and growth relationship after cancer diagnosis? *Psycho-Oncology*, *23*(3), 315-321. doi:10.1002/pon.3419
- Smorti, M. (2012). Adolescents' struggle against bone cancer: an explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies: Optimism, resiliency & coping in youth after cancer. *European Journal of Cancer Care*, *21*(2), 251-258. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01271.x

- Spilka, S., Le Nézet, O., & Beck, F. (2015). Estimations 2014 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis, Note, 2*. Retrieved from <http://www.herault.gouv.fr/content/download/15524/100068/file/Estimation%202014%20des%20consommations%20de%20produits%20psychoactifs%20a%2017%20ans.pdf>
- Starks, H., & Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research, 17*(10), 1372-1380. doi:10.1177/1049732307307031
- Steel, N. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet, 388*(10053), 1659–1724. Retrieved from <https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/61140>
- Stenger, N., & Chailleux, E. (2016). Enquête sur l’usage de la cigarette électronique et du tabac en milieu scolaire. *Revue des Maladies Respiratoires, 33*(1), 56-62. doi:10.1016/j.rmr.2015.05.003
- Stoeber, J., & Janssen, D.P. (2011). Perfectionism and coping with daily failures: positive reframing helps achieve satisfaction at the end of the day. *Anxiety, Stress & Coping, 24*(5), 477-497. doi:10.1080/10615806.2011.562977
- Strine, T.W., Edwards, V.J., Dube, S.R., Wagenfeld, M., Dhingra, S., Prehn, A.W., ... Croft, J.B. (2012). The mediating sex-specific effect of psychological distress on the relationship between adverse childhood experiences and current smoking among adults. *Substance abuse treatment, prevention, and policy, 7*(30), 1-13. Retrieved from <http://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-7-30>
- Stuber, M.L., Meeske, K.A., Leisenring, W., Stratton, K., Zeltzer, L.K., Dawson, K., ... Krull, K.R. (2011). Defining medical posttraumatic stress among young adult survivors in the Childhood Cancer Survivor Study. *General Hospital Psychiatry, 33*(4), 347-353. doi:10.1016/j.genhosppsy.2011.03.015
- Sung, H.Y., Prochaska, J.J., Ong, M.K., Shi, Y., & Max, W. (2011). Cigarette Smoking and Serious Psychological Distress: A Population-Based Study of California Adults. *Nicotine & Tobacco Research, 13*(12), 1183-1192. doi:10.1093/ntr/ntr148
- Taïeb, O., Revah-Lévy, A., Baubet, T., Serre, G., Gal, B., & Moro, M. R. (2002). Stress post-traumatique et cancer chez l’enfant. *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence, 50*(6), 535–541.
- Tamm, L., Epstein, J.N., Lisdahl, K.M., Molina, B., Tapert, S., Hinshaw, S.P., ... Swanson, J.M. (2013). Impact of ADHD and cannabis use on executive functioning in young adults. *Drug and Alcohol Dependence, 133*(2), 607-614. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.08.001
- Tarquinio, C., Montel, S., & Crocq, L. (2014). *Les psychotraumatismes*. Paris: Dunod.

- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3): 465-71. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8827649>
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
doi:10.1207/s15327965pli1501_01
- Thomas, D.M., Albritton, K.H., & Ferrari, A. (2010). Adolescent and Young Adult Oncology: An Emerging Field. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4781-4782.
doi:10.1200/JCO.2010.30.5128
- Thomsen, T., & Greve, W. (2013). Accommodative coping in early adolescence: An investigation of possible developmental components. *Journal of Adolescence*, 36(5), 971-981.
doi:10.1016/j.adolescence.2013.08.003
- Tolman, D.L., & McClelland, S.I. (2011). Normative Sexuality Development in Adolescence: A decade in review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255.
doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00726.x
- Tramm, R., McCarthy, A.L., & Yates, P. (2011). Dietary modification for women after breast cancer treatment: a narrative review: Dietary modification after breast cancer treatment. *European Journal of Cancer Care*, 20(3), 294-304.
doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01238.x
- Tran, C., Philippe, J., Gariani, K. (2010). Insuline et cancer : mythe ou réalité. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1188-1192. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-252/Insuline-et-cancer-mythe-ou-realite>
- Treadgold, C.L., & Kuperberg, A. (2010). Been There, Done That, Wrote the Blog: The Choices and Challenges of Supporting Adolescents and Young Adults With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4842-4849.
doi:10.1200/JCO.2009.23.0516
- Tyc, V.L. (2003). Intervention to Reduce Intentions to Use Tobacco Among Pediatric Cancer Survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 21(7), 1366-1372. doi:10.1200/JCO.2003.11.148
- Tyc, V.L., Lensing, S., Klosky, J., Rai, S.N., & Robinson, L. (2005). A Comparison of Tobacco-Related Risk Factors Between Adolescents With and Without Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(4), 359-370. doi:10.1093/jpepsy/jsi030
- Vaillant, G. (2012). Lifting the field's "repression" of defenses. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 885-887. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2012.12050703>
- Vaillant, G.E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American psychologist*, 55(1), 89. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/amp/55/1/89/>

- Valls, M., Callahan, S., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2014). Troubles du comportement alimentaire et symptomatologie dépressive : étude épidémiologique chez les jeunes hommes. *L'Encéphale*, 40(3), 223-230. doi:10.1016/j.encep.2013.05.003
- van der Pol, P., Liebrechts, N., de Graaf, R., ten Have, M., Korf, D. J., van den Brink, W., & van Laar, M. (2013). Mental health differences between frequent cannabis users with and without dependence and the general population: (Dependent) heavy cannabis use and mental health. *Addiction*, 108(8), 1459-1469. doi:10.1111/add.12196
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives: alcoolisme et toxicomanie*. Paris: Belin.
- Varescon, I. (2009). *Les Addictions comportementales aspects cliniques et psychopathologiques*. Wavre (Belgique): Mardaga.
- Vaysse, B., Gignon, M., Zerkly, S., & Ganry, O. (2014). Alcool, tabac, cannabis, anxiété et dépression des étudiants en 2e année de médecine. Repérer pour agir. *Santé Publique*, 26(5), 613-620. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-613.htm>
- Villella, C., Martinotti, G., Di Nicola, M., Cassano, M., La Torre, G., Gliubizzi, M.D., ... Conte, G. (2011). Behavioural Addictions in Adolescents and Young Adults: Results from a Prevalence Study. *Journal of Gambling Studies*, 27(2), 203-214. doi:10.1007/s10899-010-9206-0
- Walther, B., Morgenstern, M., & Hanewinkel, R. (2012). Co-Occurrence of Addictive Behaviours: Personality Factors Related to Substance Use, Gambling and Computer Gaming. *European Addiction Research*, 18(4), 167-174. doi:10.1159/000335662
- Wang, X.Q., Lambert, C.E., & Lambert, V.A. (2007). Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge. *International nursing review*, 54(3), 271-279. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2007.00562.x/full>
- Wendland, J., Lebert, A., de Oliveira, C., & Boujut, E. (2016). Liens entre maltraitance pendant l'enfance ou l'adolescence et consommations de substances à risque chez les jeunes adultes. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(2), 17-26. doi:10.1016/j.evopsy.2016.06.011
- White, D., Leach, C., Sims, R., Atkinson, M., & Cottrell, D. (1999). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 175(5), 452-454. doi:10.1192/bjp.175.5.452
- Wills, T.A., & Bantum, E.O. (2012). Social support, self-regulation, and resilience in two populations: General-population adolescents and adult cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(6), 568-592. Retrieved from <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.2012.31.6.568>
- Wu, L.M., Sheen, J.M., Shu, H.L., Chang, S.C., & Hsiao, C.C. (2013). Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment: *Predictors of anxiety and resilience in adolescents*. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 158-166. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06003.x

- Yalom, I. (2012). *Thérapie existentielle*. Paris: Galaade Éditions.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health, 15*(2), 215-228. doi:10.1080/08870440008400302
- Young, K.S., & Case, C.J. (2004). Internet abuse in the workplace: new trends in risk management. *CyberPsychology & Behavior, 7*(1), 105–111. Retrieved from <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/109493104322820174>
- Zanetti, T., Santonastaso, P., Sgaravatti, E., Degortes, D., & Favaro, A. (2013). Clinical and Temperamental Correlates of Body Image Disturbance in Eating Disorders: Correlates of Body Image Disturbance. *European Eating Disorders Review, 21*(1), 32-37. doi:10.1002/erv.2190
- Zebrack, B., Kwak, M., Salsman, J., Cousino, M., Meeske, K., Aguilar, C., ... Cole, S. (2015). The relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adolescent and young adult (AYA) cancer patients: Posttraumatic growth in adolescents/young adults with cancer. *Psycho-Oncology, 24*(2), 162-168. doi:10.1002/pon.3585
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital Anxiety and Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x/full>

Portfolio du doctorant

Vu l'Article 15 du 25 mai 2016 (JORF n°0122 du 27 mai 2016 texte n°10) fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat, la partie de ce travail de thèse comprend « la liste individualisée de toutes les activités du doctorant durant sa formation, incluant enseignement, diffusion de la culture scientifique ou transfert de technologie, et valorisant les compétences qu'il a développées pendant la préparation du doctorat ».

Activités d'enseignement

2015-2017 : Psycho-oncologie : Master 2 psychologie de la santé (cours magistral)

2015-2017 : Méthodes et Pratiques Professionnelles des Psychologues *option* psychopathologie, clinique et santé : Licence 3 (TD et correction de l'examen final)

Activités de diffusion

Diffusion scientifique

Articles

Grégoire, S., Flahault, C., Laurence, V., Levy, D. & Dolbeault, S. (2015). Adolescents et Jeunes Adultes atteints de cancer, entre adaptation et addiction : un état de la question, *Bulletin du cancer*, 102, 5, 477-483. doi:10.1016/j.bulcan.2015.04.003

Ruffault, A., **Grégoire, S.**, Hendrickson, K., & Flahault, C. (2016). Cognitive behavioral therapy with daily mindfulness training: A case report of comorbid binge eating and bipolar disorders. *Mindfulness*, 7(2), 573-576. doi:10.1007/s12671-015-0446-z

Un article sur les résultats quantitatifs ainsi qu'un second sur les résultats qualitatifs sont en cours de rédaction

Communications affichées

Grégoire, S., Laurence, V., Levy, D., Corradini, N., Gaspar, N. et Flahault, C. (2016, décembre). Adolescents and young adults with cancer: assessment of adaptation and addictive behavior. 9th International Conference of Teenage Cancer Trust. Edinburgh, Écosse.

Grégoire, S., Flahault, C., Laurence, V., Levy, D., Corradini, N et Gaspar, N. (2016, septembre). Adolescents et Jeunes Adultes atteints de cancer : entre adaptation et conduites addictive, Étude prospective sur les consommations de substances et le vécu des jeunes patients. Affiche présentée au Congrès de la Société Française de Psychologie (SFP), Nanterre, France.

Formations du doctorant

01/2015 Module d'éthique (1 jour)

09/2015 Sources d'informations et panorama des revues scientifiques en psychologie (1 jour)

11/2015 Communication : S'exprimer avec aisance grâce au théâtre - niveau 1 (3 jours)

26/2016 Module d'anglais : l'anglais des lettres, Sciences Humaines et Sciences Sociales (2 jours)

06/2016 Zotero (orientation psychologie) (0,5 jour)

06/2016 Module statistiques : analyse des données (2 jours)

02/2017 Introduction à l'écriture scientifique (2,5 jours)

05/2017 Les bases d'une bonne communication et les clés pour soutenir sa thèse (3 jours)

Activités professionnelles

2014-2015 Psychologue au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (0,8 ETP CDD 5 mois) Résidence Beauregard Villeneuve-Saint-Georges (94)

2015-2016 Psychologue au sein de l'Unité de Psycho-Oncologie de l'Institut Curie à Paris (0,8 ETP CDD 5 mois puis CDD 2 mois à 0,3 ETP)/ Psychologue au sein de la Clinique de la Défense (0,7 ETP CDI)

06/2016-Aujourd'hui Psychologue au sein de l'Unité de Psycho-Oncologie de l'Institut Curie à Paris (0,6 ETP CDI)

ANNEXES

Cahier d'observation à T1

Questionnaire sociodémographique

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales. Soyez assuré(e) qu'elles demeureront anonymes.

Lorsque cela est nécessaire, veuillez entourer la réponse juste.

1. Année de naissance :

Sexe : F M

2. Nationalité :

3. Situation scolaire/professionnelle :

4. Où vivez-vous :

5. Avec qui vivez-vous : en famille/ en colocation/ seul/ chez l'habitant

6. Avez-vous des frères et sœurs ?

- Oui si oui combien ? et à quelle place vous situez-vous dans la fratrie ?

- Non

7. Situation familiale : marié(e)/ célibataire/ en couple

8. Depuis combien de temps êtes-vous traité à (nom du centre de soins) ?

9. Pour quel type de maladie êtes-vous traité à (nom du centre de soins) ?

10. Quel type de traitement prenez-vous ?

- Antidouleur (précisez le nom)
- Anxiolytique (précisez le nom)

11. Avez-vous d'autres maladies ?

12. Avez-vous déjà été pris en charge pour de l'anxiété

- Oui, quand ?
- Non

13. Avez-vous déjà été pris en charge pour de la dépression ?

- Oui, quand ?
- Non

Evaluation de l'anxiété et de la dépression – HADS

Ce questionnaire a été conçu pour savoir comment vous vous sentez sur le plan émotionnel. Lisez chaque série de questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

<p>(1-A) je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <p>3 la plupart du temps 2 souvent 1 de temps en temps 0 jamais</p>	<p>(8-D) j'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p>3 presque toujours 2 très souvent 1 parfois 0 jamais</p>
<p>(2-D) je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <p>0 oui, tout autant qu'avant 1 pas autant 2 un peu seulement 3 presque plus</p>	<p>(9-A) j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <p>0 jamais 1 parfois 2 assez souvent 3 très souvent</p>
<p>(3-A) j'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p>3 oui, très nettement 2 oui, mais ce n'est pas trop grave 1 un peu mais cela ne m'inquiète pas 0 pas du tout</p>	<p>(10-D) je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <p>3 plus du tout 2 je n'y accorde pas autant d'importance que je ne devrais 1 il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 j'y prête autant d'attention que par le passé</p>
<p>(4-D) je ris et vois le bon côté des choses :</p> <p>0 autant que par le passé 1 plus autant qu'avant 2 vraiment moins qu'avant 3 plus du tout</p>	<p>(11-A) j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p>3 oui, c'est tout à fait le cas 2 un peu 1 pas tellement 0 pas du tout</p>
<p>(5-A) je me fais du souci :</p> <p>3 très souvent 2 assez souvent 1 occasionnellement 0 très occasionnellement</p>	<p>(12-D) Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :</p> <p>0 autant qu'avant 1 un peu moins qu'avant 2 bien moins qu'avant 3 presque jamais</p>
<p>(6-D) je suis de bonne humeur :</p> <p>3 jamais 2 rarement 1 assez souvent 0 la plupart du temps</p>	<p>(13-A) j'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>3 vraiment très souvent 2 assez souvent 1 pas très souvent 0 jamais</p>
<p>(7-A) je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <p>0 oui, quoi qu'il arrive 1 oui en général 2 rarement 3 jamais</p>	<p>(14-D) je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :</p> <p>0 souvent 1 parfois 2 rarement 3 très rarement</p>

Brief COPE – version état

Les affirmations suivantes portent sur la façon dont vous faites face actuellement à la maladie. Pour chaque affirmation, décidez si celle-ci est vraie pour vous en cochant la case correspondante.

	Pas du tout	De temps en temps	Souvent	Toujours
1. Je me suis tourné vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées				
2. J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie				
3. Je me suis dit que ce n'était pas réel				
4. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux				
5. J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres				
6. J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation				
7. J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles				
8. J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation				
9. J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant				
10. J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes				
11. J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif				
12. Je me suis critiqué				
13. J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire				
14. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un				
15. J'ai abandonné l'espoir de faire face				
16. J'ai pris la situation avec humour				
17. J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins)				
18. J'ai exprimé mes sentiments négatifs				
19. J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire				
20. J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation				
21. J'ai refusé de croire que ça m'arrivait				
22. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation				

23. J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation				
24. J'ai planifié les étapes à suivre				
25. Je me suis reproché les choses qui m'arrivaient				
26. J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait				
27. J'ai prié ou médité				
28. Je me suis amusé de la situation				

AUDIT

Les questions ci-dessous portent sur vos attitudes, émotions et comportements par rapport à la consommation d'alcool. Merci d'entourer pour chaque question, le chiffre qui correspond à votre réponse.

Questions	0	1	2	3	4
A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois plus par semaine
Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	4 ou 5	7 à 9	10 ou plus
Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous jours presque
Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous jours presque
Dans les douze derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous jours presque
Dans les douze derniers mois, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous jours presque
Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous jours presque
Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous jours presque
Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui mais pas dans l'année passée		Oui cours l'année dernière
Est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	Non		Oui mais pas dans l'année passée		Oui cours l'année dernière

IAT

Les questions ci-dessous portent sur vos attitudes, émotions et comportements par rapport à l'utilisation d'internet. Merci de cocher pour chaque question, le chiffre qui correspond à votre réponse. La cotation correspond à :

1 = **rarement** ; 2 = **occasionnellement** ; 3 = **parfois** ; 4 = **souvent** ; 5 = **toujours**

	1	2	3	4	5
À quelle fréquence demeurez-vous en ligne plus longtemps que vous ne l'aviez prévu?					
À quelle fréquence négligez-vous vos travaux domestiques pour passer plus de temps en ligne?					
À quelle fréquence préférez-vous le divertissement que vous procure l'Internet, à l'intimité avec votre partenaire ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de créer de nouvelles relations interpersonnelles en étant en ligne ?					
À quelle fréquence vos proches se plaignent-ils du temps que vous passez en ligne ?					
À quelle fréquence négligez-vous vos études ou vos travaux scolaires à cause du temps passé en ligne?					
À quelle fréquence regardez-vous vos courriels avant de faire d'autres tâches pressantes ?					
À quelle fréquence votre performance au travail ou votre productivité ont été affectées à cause de l'Internet?					
À quelle fréquence avez-vous été sur la défensive ou offusqué si quelqu'un vous demandait ce que vous faites en ligne ?					
À quelle fréquence oubliez-vous vos problèmes personnels en focalisant votre attention sur l'Internet ?					
À quelle fréquence avez-vous anticipé de vous retrouver encore en ligne ?					
À quelle fréquence avez-vous pensé que la vie sans Internet serait ennuyante, vide et sans joie ?					
À quelle fréquence vous êtes-vous mis en colère si quelqu'un vous dérangeait lorsque vous étiez en ligne ?					
À quelle fréquence avez-vous manqué de sommeil parce que vous étiez resté en ligne trop tard le soir ?					
À quelle fréquence avez-vous pensé à l'Internet ou souhaité être en ligne, quand vous n'étiez pas en ligne ?					
À quelle fréquence, lorsque vous étiez en ligne, vous êtes-vous dit à vous-mêmes : «juste quelques minutes encore »?					

À quelle fréquence avez-vous tenté sans succès de diminuer votre temps d'utilisation de l'Internet ?					
À quelle fréquence avez-vous tenté de dissimuler le temps que vous passez en ligne ?					
À quelle fréquence avez-vous choisi d'être en ligne plutôt que de sortir avec d'autres personnes ?					
À quelle fréquence vous êtes-vous senti déprimé, triste ou nerveux si vous n'étiez pas en ligne et que votre humeur revenait à la normale si vous retourniez en ligne ?					

Précision sur le contenu de la pratique d'Internet :

1) De manière générale, combien d'**heures par jour, en moyenne**, vous... ?

	En semaine (du lundi au vendredi après-midi)	Le weekend (du vendredi soir au dimanche soir)
... regardez la télé ?	/_____/ heures /_____/ minutes	/_____/ heures /_____/ minutes
... participez à des forums de discussion, <i>chats</i> ?	/_____/ heures /_____/ minutes	/_____/ heures /_____/ minutes
... participez à des réseaux sociaux (ex : Facebook) ?	/_____/ heures /_____/ minutes	/_____/ heures /_____/ minutes
... envoyez des mails ?	/_____/ heures /_____/ minutes	/_____/ heures /_____/ minutes
... surfez sur Internet pour le plaisir (écouter de la musique, regarder des séries...)?	/_____/ heures /_____/ minutes	/_____/ heures /_____/ minutes
... jouez à des jeux vidéo ?	/_____/ heures /_____/ minutes	/_____/ heures /_____/ minutes
...autre sur Internet, précisez :	/_____/ heures /_____/ minutes	/_____/ heures /_____/ minutes

2) À quels jeux vidéo jouez-vous **au moins une fois par semaine**, depuis la rentrée scolaire de septembre ?

Aucun jeu vidéo	Oui	Non
Jeux de tir (FPS) et jeux d' action (jeux de combat, jeux de plateforme) (<i>Grand Theft Auto, Call of Duty, Dragon Ball Z, Splinter Cell, Resident Evil, Super Mario Bros, Donkey Kong...</i>)	Oui	Non
Jeux de rôle (RPG) (<i>Dofus, Order & Chaos Online, Minecraft...</i>)	Oui	Non
Jeux d' aventures : jeux d'infiltration, jeux de survie (<i>Assassin's Creed, Tomb Raider</i>)	Oui	Non
Jeux de stratégie (RTS) (<i>League of Legends, Warcraft III, Shogun : Total War...</i>)	Oui	Non
Jeux de simulation : jeux de simulation de véhicules, jeux de sport, jeux de course (<i>Gran Turismo,, Starcraft, Age of Empires...</i>)	Oui	Non
Jeux de gestion (<i>les Sims, Sim City...</i>)	Oui	Non
Jeux d'application (<i>solitaire, Fruit Ninja, Angry Birds, Paf le chien...</i>)		
Autre , précisez : _____	Oui	Non

3) Depuis la rentrée de septembre, à **quel jeu** jouez-vous **principalement** ?

/ _____ /

4) Habituellement, **sur quels supports** jouez-vous aux jeux vidéo ?

Sur une console (Xbox, PS, DS, Gamecube, Wii...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sur un ordinateur (personnel ou familial)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sur une tablette	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sur un smartphone	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

5) Depuis la rentrée de septembre, **vous arrive-t-il de jouer aux jeux vidéo... ?**

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec d'autres joueurs, <u>en ligne</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec d'autres joueurs, <u>dans la même pièce</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EAT-26

Dans ce questionnaire, vous trouverez 26 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Pour chaque phrase cochez le niveau de réponse qui vous correspond en tenant compte de la graduation suivante :

1=Toujours ; 2=Très souvent ; 3=Souvent ; 4=Parfois ; 5=Rarement ; 6=Jamais

	1	2	3	4	5	6
Je suis terrifié(e) à l'idée d'être gros(se)						
J'évite de manger quand j'ai faim						
Je suis trop soucieux(se) de la nourriture						
J'ai eu des épisodes de glotonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger						
Je découpe mes aliments en petits morceaux						
J'ai conscience de la valeur calorique des aliments que je mange						
J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pomme de terre, riz)						
Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange davantage						
Je vomis après avoir mangé						
Je me sens très coupable après avoir mangé						
Le désir d'être plus mince me préoccupe						
Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories						
Les autres pensent que je suis trop mince						
Je suis préoccupé(e) d'avoir trop de graisse dans le corps						
Je prends plus de temps que les autres à prendre mes repas						
J'évite de manger des aliments trop sucrés						
Je mange des aliments diététiques						
J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie						
Je parle volonté de mes capacités à contrôler mon alimentation						
Je sens que les autres me poussent à manger						
J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture						
Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries						
Je m'oblige à me mettre à la diète						
J'aime avoir l'estomac vide						
J'aime essayer des aliments nouveaux et riches						
Je ressens le besoin de vomir après les repas						

CAST

Cet inventaire explore votre consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois. pour chacune des questions veuillez cocher la fréquence correspondante à chacune de vos réponses.

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS :

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
a) Avez-vous déjà fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous déjà eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <u>Des amis ou des membres de votre famille</u> vous ont ils déjà dit que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Avez-vous déjà essayé de <u>réduire</u> ou d'arrêter votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Avez-vous déjà eu des problèmes <u>à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ? Desquels : /...../	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Test QCT2 de Gilliard

Ce questionnaire est destiné à étudier les raisons qui vous incitent actuellement à fumer. Pour chaque affirmation, nous vous demandons de préciser ce qui correspond à votre cas. Pour cela, cochez la case qui vous correspond le mieux en tenant compte de la graduation suivante :

0=Pas du tout ; 1=Plutôt non ; 2=Plutôt oui ; 3=Tout à fait

	0	1	2	3	
Je fume automatiquement, sans même y penser					D
Je fume pour faire comme les autres					S
Je fume quand je suis anxieux(se), préoccupé(e), inquiet(e)					A
Le plaisir de fumer commence avec les gestes que je fais pour allumer ma cigarette					H
Dès que je ne fume pas, j'en suis très conscient et je ne peux pas contrôler le désir de fumer					D
Je fume quand je suis avec d'autres fumeurs pour me faire accepter d'eux					S
Je fume quand je me sens triste, déprimé(e)					A
Je prends plaisir à allumer et à tenir une cigarette					H
Quand je n'ai pas pu fumer depuis un moment j'ai vraiment une envie irrésistible d'une cigarette					D
Je fume pour en imposer aux autres					S
Fumer me calme, me détend, me décontracte					A
J'aime manipuler une cigarette					H
Je prends une cigarette sans savoir pourquoi, sans m'en rendre compte					D
Je fume quand je fais une pause					S
Je fume quand je suis en colère					A
Tirer sur une cigarette est relaxant					H
Je fume par habitude					D
Je fume pour avoir plus confiance en moi					S
J'allume une cigarette lorsque je suis tracassé(e)					A
J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée					H
Lorsque je n'ai plus de cigarette, il faut absolument que je m'en procure					D
Je fume pour me donner une certaine contenance					S
Je fume chaque fois que je suis mal à l'aise					A
Je trouve beaucoup de plaisir dans l'acte de fumer					H
Je fume dans les moments d'attente					D
Je fume pour me donner du courage					S
Je fume quand je me sens seul(e) pour me tenir compagnie					A
Quand je me relaxe, j'ai du plaisir à fumer					H

Questionnaire sociodémographique à T2

Questionnaire sociodémographique

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales. Soyez assuré(e) qu'elles demeureront anonymes.

Lorsque cela est nécessaire, veuillez entourer la réponse juste.

14. Depuis combien de temps êtes-vous traité à l'Institut Curie ?

15. Pour quel type de maladie êtes-vous traité à l'Institut Curie ?

16. Quel type de traitement prenez-vous ?

- Antidouleur (précisez le nom)
- Anxiolytique (précisez le nom)

17. Avez-vous d'autres maladies ?

18. Avez-vous déjà été pris en charge pour de l'anxiété

- Oui, quand ?
- Non

19. Avez-vous déjà été pris en charge pour de la dépression ?

- Oui, quand ?
- Non

Entretiens de recherche

Les prénoms des participants ont été modifiés.

1) Entretien de recherche Raphael

C : Alors, Raphael. Vous avez déclaré utiliser beaucoup les jeux vidéo, qu'est-ce que vous pouvez m'en dire de cet usage, depuis quand, comment s'est venu, comment ça évolue....

P : Waouh... alors les jeux vidéo ça date depuis que je suis tout tout tout petit. Euh... au début c'était mon père qui jouait en fait à la Sega Megadrive, donc c'est vraiment une console ancienne de temps en temps et en fait je le regardais et moi, enfin, je trouvais ça marrant, assez sympa, tout ça. Donc j'ai fini par y accéder, accéder à d'autres jeux et en fait au fur et à mesure je me suis, on va dire, développé sur différentes consoles et pour finir sur l'ordinateur.

C : Sur l'ordinateur..... D'accord

P : Et en fait au final j'ai abandonné les consoles et maintenant, en fait, je suis vraiment focalisé sur euh.... sur les jeux PC on va dire ou sur internet en général.

C : D'accord, et pourquoi le choix de se focaliser plus sur internet plutôt que la console ? Moi j'y connais rien du tout, expliquez-moi vraiment ce qui est mieux....

P : Hum.... Alors euh, déjà on va dire l'ordinateur c'est une machine qui est vraiment plus puissante que les consoles en général, les jeux ont de meilleures qualités, sont différents en fait, euh.... bah.. Au niveau du moteur graphique, de leur puissance, leur façon dont on y joue ; donc déjà le fait d'être avec une souris et un clavier au lieu d'être avec une manette. La communauté, elle est différente...

C : D'accord, c'est-à-dire la communauté....

P : Bah en général enfin, on va dire le stéréotype qu'on a c'est que les joueurs console en fait sont un peu plus des gamins, c'est vraiment..... c'est moins réfléchis et tout ça, sur PC généralement les gens sont plus posés, ils prennent le temps d'écrire ou d'expliquer des trucs. Alors que sur console pas du tout...

C : Moi quand je vous écoute j'ai l'impression que heu... être sur PC c'est plus technique, y'a plus de technique, on réfléchit plus que sur console....

P : euh... sur PC, on va dire, sur, vraiment dans le jeu vidéo sur pc on va dire en fait, y'a vraiment plus le temps, de se poser et d'expliquer vraiment les choses clairement à quelqu'un alors que sur console

en ligne en général c'est des jeux de baston ou des jeux de tire donc en général les gens se crient dessus font pas grand-chose

C : et ça ça ne vous intéresse pas ?

P : ça ne m'intéresse pas vraiment du tout, mais pas du tout

C : d'accord

P : euh en fait moi en général moi je fais plutôt des jeux stratégies ou des jeux en ligne, des MMORPG donc comme Guild Wars par exemple

C : d'accord

P : et c'est, en général, c'est des gens qui sont, la plupart assez matures, voilà on peut avoir des bonnes conversations, et puis c'est plus intéressant on va dire que de se faire engueuler sur un jeu en ligne

C : d'accord, donc la population que vous retrouvez sur les jeux est importante pour vous ?

P : c'est ça

C : le fait que vous vous retrouvez entre personnes du même âge, vous recherchez la même chose c'est important....

P : c'est ça

C : d'accord, alors vous m'avez dit que vous avez connu les jeux quand vous étiez tout petit mais vous avez commencé à quel âge vous à jouer sur pc ? Ça date de quand ?

P : euh je pense que ça date du collège, je pense hum.... 5ème ou quelque chose comme ça. Mais mes parents en fait me laissaient vraiment vraiment pas beaucoup de temps... de... de d'heures de jeu. Donc on va dire j'en profitais au maximum de ce que j'avais, en général c'était une heure par jour Quand je n'avais pas de punitions et que j'avais fini mes devoirs

C : c'était assez contrôlé vous direz ?

P : c'est ça, et du coup bah j'ai fait mon rebelle comme tous les adolescents

C : c'est-à-dire ? Qu'est-ce que ça veut dire faire son rebelle ?

P : euh bah j'ai arrêté d'écouter mes parents, j'ai commencé à en faire qu'à ma tête, j'ai essayé d'aller contre les règles on va dire. Et du coup de rester plus longtemps sur l'ordinateur de faire des bêtises ou quoique ce soit et du coup en fait bah... au fur et à mesure ils ont compris que j'avais besoin d'un

peu plus d'espace, ils m'ont lâché un peu plus de temps on va dire sur pc. Et ils ont vu qu'en fait bah j'avais, 'fin, suivant en fait les devoirs ou suivant ce que j'avais à faire dans la semaine, je me régulais très bien tout seul donc euh donc ça a plutôt bien marché à ce moment là

C : vous êtes plutôt satisfait d'avoir montré ça à vos parents ?

P : ça a mis longtemps le problème c'est que ça a été une guerre qui a été assez compliquée on va dire contre eux, mais au final ouais ils ont remarqué que on va dire j'étais plutôt sérieux on va dire par rapport aussi à mes études ou à quoique ce soit Donc euh

C : d'accord, donc le jeu n'envahissait pas toutes les sphères, du travail, vous avez su conjuguer les deux. D'accord, et comment ça a évolué dans le temps ? Donc là vous étiez au collège, est ce que c'est monté crescendo, comment vous avez utilisé.....

P : alors quand je suis arrivé, en fait ouais.... C'est vers la 3ème où j'ai commencé vraiment à jouer de plus en plus en fait. En fait je suis... j'ai trouvé un groupe de potes qui était dans ma classe donc c'était la première année où on était ensemble au collège et qui jouait à un jeu vidéo, ben c'est un jeu vidéo français qui s'appelle DOFUS. Et du coup... bah... en fait je me suis mis à leur jeu en fait pour essayer de rentrer un peu dans le groupe voir ce qui faisait et tout ça et j'ai remarqué que c'était vraiment très très très chronophage et que ça débordait vraiment sur les nuits de sommeil et tout ça. C'est à ce moment-là que j'ai commencé à comprendre ce que c'était vraiment que geeker, vraiment à fond sur un jeu...

C : alors expliquez-moi ce que ça veut dire du coup geeker ?

P : en général un geek c'est quelqu'un qui est passionné par euh, par quelque chose.... On peut être un geek en astronomie en math, en jeu vidéo justement. Et là on va dire j'étais un peu trop.... Un peu trop dans le jeu vidéo. Je voyais que bah par exemple au collège que ma dernière année c'était vraiment catastrophique, je suis vraiment passé tout juste tout juste...

C : d'accord, et vous pensez que le fait d'être passé tout juste c'est à cause de l'utilisation des jeux vidéo ?

P : pas que... en fait j'pense pas que ce soit à cause des jeux vidéo, c'était plus mon désintérêt de l'école en fait

C : et votre désintérêt est dû à la découverte de la sphère virtuel ou pas du tout ?

P : non je ne pense pas du tout en fait c'est que l'école ça me, ça... à la base on va dire, j'aimais, j'aime bien vraiment le milieu scolaire en fait c'est que je suis pas du tout adapté à ce système d'apprentissage

en fait. Ça m'intéressait plus du tout du coup, en fait, j'ai complètement arrêté on va dire d'étudier ce qu'on me demandait, j'écrivais plus les cours, je passais mon temps à dessiner ou à faire autre chose quoi et en même temps les jeux vidéo prenaient une place de plus en plus importante en fait. Donc j'ai réussi à avoir mon brevet limite, je suis rentré au lycée. Et en bac pro, c'était en architecture. Et du coup on utilisait beaucoup l'ordinateur et logiciel 3D, et logiciel de création tout ça et en fait j'ai réduit mon temps de jeu avec ça en fait....

C : c'est-à-dire ?

P : j'ai remarqué en fait que..... que je pouvais faire autre chose, on va dire que de mon ordinateur et de mon temps que de jouer en fait. Du coup je faisais de la création chez moi, j'étais des.... des bâtiments et euh....

C : et en parallèle vous jouiez moins ?

P : c'est ça, je jouais un peu moins, en fait on va dire que j'équilibrais plus le truc quoi je faisais de De mon temps libre je faisais pas que jouer, je faisais aussi du travail voilà pour le plaisir comme ça

C : d'accord et comment ça a évolué après du coup ? Là vous m'avez dit que vous étiez en bac pro archi à ce moment-là, que vous avez découvert autre chose....

P : voilà pendant 3 ans ça a été ça, ça a évolué un petit peu. De plus en plus en fait je me suis intéressé aux logiciels justement 3d, d'animation et euh je suis allé en école de cinéma d'animation justement. Et là je pense que, 'fin ça a été bizarre mais on va dire les profs nous poussaient même à jouer constamment en fait

C : aux jeux vidéo ?

P : c'est ça

C : c'est-à-dire ? Racontez-moi

P : bah en fait..... En fait le... ça..... le fait de jouer à des tonnes et des tonnes de jeux divers, on va dire pas tout le temps vraiment la même chose donc c'est-à-dire les... comme CALL OF DUTY où y'a aucun intérêt en fait c'est toujours se tirer dessus. Il existe en fait des jeux où y a vraiment des histoires, des scénarios qui sont montés, des plans en fait qui se retrouvent vraiment dans le cinéma ou qu'on peut retrouver en fait, qui avait un rapport justement avec nos études, comment construire un personnage tout ça en fait, on le découvrait en fait en jouant au jeu vidéo beaucoup, en fait j'ai remarqué que tout le temps que j'ai passé sur les jeux vidéo en fait ça m'avait apporté un gros bagage en fait pour ces études là....

C : c'est intéressant ce que vous dites, sans vous en rendre compte, tout le passé que vous avez eu à jouer excessivement, à internet, en fait vous vous êtes retrouvé -c'est ça si j'ai bien compris - dans votre école et vous vous êtes dit en fait ça m'apporte autre chose euh... que le simple fait de jouer euh... ça vous a apporté aussi sur le plan scolaire

P : c'est ça. Et du coup en fait comme bah comme il se trouvait que j'avais quand même de bons résultats et tout ça et j'avais moins.... 'fin je passais moins de temps à travailler, c'est-à-dire à bosser pour rattraper les notes. Et je me suis mis en fait avec un cousin et avec des potes, à créer une communauté en fait euh justement de jeux vidéo, donc une multi gaming

C : racontez moi ce que c'est ça

P : en gros c'est un réseau euh... où on peut parler en fait ça s'appelle teamspeak ou c'est comme mumble, c'est des réseaux en fait où on a des salons en fait de discussion. Donc en temps réel donc ça peut aller de 30 personnes jusqu'à 1000 personnes suivant la place qu'on a sur le serveur et en fait nous on avait essayé de trouver une donc on avait trouvé un euh comment ça s'appelle.... un serveur, on avait créé un nom, on avait fait un site et tout ça vu que lui il est en webmarketing donc chacun de notre côté on a avait apporté notre petite pierre à l'édifice. On avait recruté des gens de pleins de jeux différents pour essayer de se faire justement une petite communauté en fait. On va dire pour élargir un peu les horizons donc euh.... Lui et moi on jouait vraiment à un jeu à un moment c'était league of legends et donc on a recruté des gens sur dota sur guild war sur pleins d'autres jeux différents ; donc en fait le fait d'avoir mélangé en fait un peu tout le monde ça.... On va dire ça a créé des connexions, j'ai rencontré pleins de gens avec qui je faisais que parler au début dans les jeux, et c'est vraiment super intéressant en fait..... et voilà.....c'est super enrichissant en fait

C : d'accord.... Ça fait deux fois que vous me dites que ça vous a permis de rencontrer : la première fois au collège pour vous insérer dans un groupe et là euh vous me dites que vous avez créé avec des amis et votre cousin un réseau, quel sens ça a finalement pour vous, au-delà du jeu j'ai l'impression que ça vous permet aussi de rassembler, d'être avec d'autres personnes : qu'est-ce que vous pouvez m'en dire de ça ?

P : euh bah en fait.... C'est marrant mais on va dire en général les Les.... Quand on voit des critiques sur les jeux vidéo, les gens qui critiquent ou qui font des stéréotypes genre « ouais les gens c'est des no life ils passent leur vie chez eux ils ont aucune vie sociale » et ben je pense que ceux qui passent plus de temps sur les ordinateur en général ou à jouer ils ont quand même une vie sociale vraiment bien développé en fait..... parce que en fait rien que le fait de parler avec pas mal de gens en fait sur les jeux en ligne, sur les forums, on commence à créer des contacts si on.... On va dire on

accroche bien avec ces contacts on peut les rencontrer quand on le désire et ou même pendant des conventions en fait qui rassemblent des gens, généralement ça attire pas mal de monde et le fait de créer tout le temps tout le temps des contacts c'est super enrichissant, on découvre pas mal de gens, moi j'ai découvert des artistes, des gens qui travaillent à peu près dans le même milieu que moi sur les jeux. J'ai découvert des gens qui habitaient à côté de chez moi via les jeux, c'était assez marrant, c'est C'est vraiment.... En fait c'est Internet, c'est les jeux vidéo c'est vraiment un lieu de rencontre

C : c'est ça, vous en tous cas vous le prenez aussi comme un lieu de rencontre... et ça permet quoi d'autre ? Finalement qu'est-ce que vous recherchez dans l'utilisation des jeux, donc rassembler, est ce qu'il y a autres choses ? Qu'est-ce qui vous plaît dans ces modalités-là ? Qu'est-ce qui vous plaît dans le jeu ?

P : moi on va dire, à la base c'était vraiment le fait de l'évader de mon quotidien genre l'école et tout ça en fait ça me plaisaient pas des masses, les problèmes à la maison c'étaient un peu ennuyant donc j'me dis j'me connecte sur mon jeu vidéo je joue avec mon personnage, ça va être sympa voilà j'vais passer un petit moment d'aventure. Je rentre vraiment dans l'histoire comme quand on lit un livre en fait et euh..... Bon par contre c'est très chronophage on ne voit pas le temps passer.....

C : j'ai vu effectivement que vous passiez parfois 14h par jours, alors racontez moi, je trouve ça intéressant et en même temps j'arrive pas très bien à me représenter

P : bah en fait disons que c'est quand..... donc actuellement en fait j'ai pas de travail à cause du cancer

C : à cause du cancer ?

P : voilà parce qu'en fait comme c'est des études payantes c'est compliqué en fait d'alterner 2 semaines de cours et une semaine où je pourrais pas vraiment aller en cours

C : par rapport aux traitements ?

P : c'est ça Ça me coûterait vraiment trop cher pour continuer et en même temps j'peux pas vraiment travailler parce que en fait ça..... c'est pareil pour les horaires de travail c'est compliqué et donc bah en fait je fais mes 8 heures de sommeil et puis la journée je me retrouve tout seul chez moi, qu'est-ce que je fais ? J'me connecte sur mon ordinateur, mon réseau, j'vois qu'y'a tous mes potes qui sont connectés, ce qui sont au chômage, ce qui travaillent pas ce jour-là, ce qui ont pas cours, et puis au final la journée je navigue d'un groupe de potes à un autre groupe de potes, d'un jeu vidéo à un

autre, d'un forum.... Je.... J'm'occupe un peu du réseau..... voilà, je travaille un p'tit peu. Et puis du coup la journée passe très très vite comme ça en fait....

C : elle passe finalement très vite.....

P : en ayant passé une journée complète sur ordinateur

C : d'accord, et ça vous diriez que ça date de quand à peu près ?

P : euh que je fais ça..... On va dire..... Euh beaucoup de temps Depuis le cancer en fait

C : donc ça date de quand le cancer ?

P : donc ça fait..... ça fait 2 ans Ouais 2 ans et quelques, 2 ans et 2 mois à peu près

C : est-ce que vous diriez que depuis 2ans à peu près vous avez changé votre façon de jouer, d'utiliser internet

P : non même pas, j'pense que on va dire j'ai pas changé ma façon de jouer ou de l'utiliser, mais j'le.... juste je le fais de façon décuplée quoi, c'est....

C : c'est-à-dire ?

P : au lieu de passer une ou deux heures par jour, j'en passe bah voilà plus d'une dizaine

C : ouais....

P : et du coup bah en fait euh on va dire je passe à chaque fois plus de temps à faire chaque.... chaque... tache en fait

C : pourquoi vous passez plus de temps ?

P : bah on va dire c'est, j'fais ça plus..... On va dire 'fin, histoire de combler la journée, j'sais bien que si j'enchaîne toutes les activités en quelques minutes bah.... J'aurai plus rien à faire de ma journée

C : vous étalez un petit peu c'est ça ?

P : c'est ça, on va dire j'me.... J'me fais une sorte de planning même si c'est pas très..... c'est pas un super planning de vie mais bon voilà quoi

C : en tous cas c'est comme ça que vous rythmez votre journée depuis 2 ans ?

P : c'est ça, et donc c'est surtout en fait par rapport à ceux qui sont connectés en fait, je jouerais à tel ou tel jeu si y'a telle personne de connectée ou pas voilà

C : et si les gens sont pas connectés vous jouerez quand même ? Comment ça se passe ?

P : par exemple si y'a personne comme par exemple, bah là j'me suis connecté tout à l'heure et y'a absolument personne bah j'regarde une série ou j'vais travailler un peu euh.... bon là j'ai pas mon pc donc j'pouvais pas le faire (le participant est en hospitalisation lors de l'entretien). Mais moi en général je..... j'dessine

C : vous dessinez sur ordinateur ?

P : ouais, avec Photoshop, j'fais des petits tableaux en ce moment

C : d'accord donc y'a les jeux vidéo mais y'a aussi autre chose

P : ouais, voilà, c'est..... Mon ordinateur c'est pas que les jeux vidéo, c'est vraiment c'est univers social, les jeux vidéo, le travail..... Y a un peu tout qu'est réuni dedans

C : c'est ça, et du coup, j'reviens un petit peu sur l'arrivée de la maladie il y a deux ans, euh.... ça a changé quelque chose dans votre quotidien par rapport à l'ordinateur ? La maladie.... Alors ça a arrêté votre scolarité euh..... Est-ce que ça vous a vraiment impulsé à vous investir davantage dans l'ordinateur ?

P : euh.. ouais ça ouais du coup, en fait justement avec le fait qu'en fait j'ai tout le temps que je veux, c'est à ce moment là où j'me suis poussée à travailler dans la communauté qu'on avait créé avec mon cousin donc on l'a fait vraiment grossir..... Jusqu'à ce qu'elle prenne genre pas mal d'ampleur, en fait on était genre 150 à être connecté en même temps par jour. Euh..... On a fini par arrêter en fait parce que lui avait repris des études donc il commençait à avoir moins de temps, il était intéressé par autre chose voilà. On a laissé un peu couler ça..... Mais ouais j'me..... J'essaie de m'investir on va dire à chaque fois que j'trouve quelque chose de vraiment intéressant, j'essaie de m'y investir plus qu'avant en fait

C : parce que vous avez plus de temps

P : c'est ça

C : tout à l'heure vous me disiez que quand vous vous êtes mis au collège à jouer davantage aux jeux vidéo c'était notamment pour vous évader, est ce que pendant ce temps de traitements avec la maladie ça vous permet aussi de vous évader ? Quel sens vous y mettez aussi au fait de jouer beaucoup la journée pendant ce temps de traitements ?

P : euh..... (Silence)

C : je sais pas si ma question est très claire, n'hésitez pas

P : pas vraiment en fait

C : est-ce ça vous permet de faire abstraction ? De ce qui se passe pour vous en ce moment, de mettre très très loin les difficultés ou pas du tout ?

P : non en fait..... j'ai pris le cancer comme un gros rhum, on va dire c'est vraiment..... Ça aurait pu arriver à n'importe qui d'autre, ça m'est arrivé tant pis. Et en fait avec toutes les personnes que je côtoie on va dire sur internet savent ce que j'ai en fait et ils le voient..... Ils voient que j'le prends généralement à la rigolade. En général ouais, c'est.... j'le prends.... 'fin j'utilise pas vraiment pas jeux vidéo pour m'évader de ma maladie c'est plus... du.... j'sais pas pour être dans un autre univers à un moment et puis voilà revenir à la réalité un petit peu plus tard

C : et la réalité c'est quoi du coup ?

P : bah la réalité, c'est l'quotidien, c'est faire à manger, euh... la famille, et puis voilà, les amis

C : vous direz que vous avez deux réalités ? Une réalité un peu plus virtuelle et une réalité plus ancrée ?

P : bah..... Non en fait j'pense que les deux sont bien ancrées, en fait, la plupart des connaissances que j'ai fait sur internet en fait j'les ai rencontré. J'me suis mis avec mon ex via internet justement donc j'pense..... Je sais pas..... La vie sociale en fait sur internet et en vrai, donc bon c'est vrai que y'a pas le côté euh.... contact ou physique en fait mais ça reste la même en soi

C : d'accord, ça vous permet de faire des rencontres

P : c'est ça

C : et pendant ce temps d'hospitalisation, je sais que vous êtes là pendant 3 semaines, comment, comment ça vient ? Comment vous jouez ? Est-ce que vous jouez beaucoup pendant ce temps d'hospitalisation ? Comment ça se passe ?

P : euh.... bah je joue quasiment pas en fait.... Donc déjà l'ordinateur il tient pas la route

C : c'est votre ordinateur ?

P : c'est celui de ma mère, parce que en fait moi j'ai une tour mais ils ont refusé que je l'emmène à cause des ventilateurs qu'y avaient dedans

C : vous avez demandé à emmener votre tour ?

P : oui, j'ai demandé, j'ai essayé mais c'est pas passé ! Tant pis !

C : du coup vous avez l'ordinateur de votre maman et alors vous me dites que vous ne jouez pas ?

P : pas beaucoup, c'est..... C'est vraiment une heure maximum vraiment par jour.

C : une heure maximum par jour

P : parce que le pc en fait sur chauffe et après en fait en général même j'suis fatigué rapidement en fait

C : vous êtes fatigué par rapport aux traitements ?

P : ouais

C : d'accord et la nuit ? Est-ce que vous jouez ?

P : non, ici non, je.... Je dors complètement

C : d'accord, donc ça change vraiment de votre quotidien chez vous où vous jouez excessivement la journée..... qu'est-ce que vous en pensez de ça ?

P : euh... en fait je joue plutôt la nuit en fait

C : ah..... Vous jouez plutôt la nuit

P : une partie ouais.... En général euh.... j'me couche vers les 4h du matin, et j'me réveille vers les midis en général

C : et alors pourquoi jouer la nuit plutôt que le jour ? Racontez-moi.....

P : hum.... C'est par rapport en fait aux heures de travail en fait des gens que je côtoie, euh..... J'sais pas j'ai trouvé que c'était toujours plus animé la nuit sur les réseaux, même sur les jeux. Et euh.... puis voilà quoi. Les gens que je trouve vraiment intéressant en ce moment se connecte vers ces heures-là donc c'est à ces heures-là que je joue. On va dire en fait, on adapte tous un peu son Son, ses horaires aux personnes qui nous intéressent un peu sur les réseaux quoi.

C : d'accord, ouais vous caler votre planning de jeu en fonction des gens avec qui vous avez envie de jouer.

P : c'est ça

C : d'accord, et alors racontez-moi vous jouez à quoi comme jeu ? Moi je connais pas du tout.....

P : euh.... donc..... Je joue à un jeu en ce moment beaucoup c'est GuildWar2, c'est un MMORPG. Donc c'est un jeu en fait en ligne euh..... Massivement multi joueur et euh.... donc c'est un RPG rôle

play game, c'est en fait on incarne un personnage, une histoire, y'a un scénario et en fait on, on va dire on fait un peu la vie de ce personnage-là, ses aventures.... Et l'avantage de le faire en fait en ligne c'est qu'on peut le faire en groupe avec plusieurs personnes, s'créer des histoires et tout ça, des scénarios c'est ça que j'trouve qu'est hyper sympa en fait.

C : c'est-à-dire.... Le fait de créer une vie un petit peu autre, c'est ça qu'est sympa ?

P : c'est ça ouais ouais, en fait bah je m'inspire pas mal des, de c'qu'on fait en fait en jeux vidéo pour écrire des histoires, des scénarios et tout ça qui pourront servir pour des p'tits courts métrages ou quoique ce soit en fait

C : d'accord

P : et euh.... on va dire en fait à chaque fois que dès qu'on fait quelque chose en fait 'fin avec le groupe du moins dans lequel je suis j'trouve ça plutôt assez passionnant et assez enrichissant donc euh.... à chaque fois qu'on fait on va dire une nouvelle session de jeu y'a des nouveaux on va dire de.... Des nouvelles interactions et en fait c'est vraiment sympa.

C : et alors.... Le personnage que vous incarnez, moi j'y connais rien, c'est un personnage que vous faites évoluer dans le temps ?

P : euh ouais en fait, bah à chaque fois en fait donc on commence on est niveau 1, le niveau maximum c'est le niveau 80 donc

C : hum hum

P : mais on va dire que le fait d'arriver niveau 80 c'est pas la fin du jeu en fait, y'a énormément de choses à découvrir en fait plus on passe du temps sur le jeu plus on découvre et on développe des choses pour ses personnages et puis bah voilà après même quand on estime qu'on a terminé le jeu on peut passer à autre chose on va dire, faire du Fait' y'a des gens qui font du roleplay en fait dans les jeux, c'est-à-dire en fait ils s'prennent vraiment pour leur personnage et ils ont vraiment un scénario très très fort créé pour leur personnage donc y'en a qui s'invente on va dire même des métiers sur leur jeu donc par exemple serveur dans des bars et puis on rentre dans l'bars et ils font « qu'est-ce que vous voulez aujourd'hui ?! »

C : d'accord, et vous aussi vous avez donné un métier à votre personnage ?

P : euh non j'suis pas rentré dans.... Dans le Dans le roleplay. J'trouve ça intéressant mais en fait c'est un peu bizarre comme univers

C : c'est-à-dire bizarre comme univers ?

P : euh..... Bah en fait ça prend vraiment énormément de temps de s'investir dans le roleplay et de on va dire de.... De s'y mettre à fond et de la faire bien fait et euh en fait j'pense que ça me prendrait trop de temps par rapport à c'que j'aimerais faire en fait de mes journées (silence) par rapport aux autres en fait, faire c'que j'voudrais sur le jeu, jouer avec d'autres ou travailler un peu quoi

C : d'accord, très bien Humm est ce que.... Ah si j'avais une autre question. Et comment vous voyez du coup un peu la suite par rapport au jeu... est ce que vous vous voyez encore jouer beaucoup.....

P : euh dans l'avenir... euh bah par exemple à mon avis j'pense que quand je reprendrai mes études à mon avis je vais bien freiner mon niveau de jeu on va dire euh..... J'pense que de passer de 14h ça va revenir à 1 ou 2h par jour au maximum

C : qu'est-ce que vous pensez de 14h ? Vous trouvez que c'est beaucoup ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

P : je trouve que c'est vraiment vraiment beaucoup trop

C : vous pensez que c'est beaucoup trop mais vous le faites.....

P : c'est ça

C : d'accord

P : bah en fait j'ai... Le truc qui m'intéresserait vraiment là absolument de reprendre c'est les études ou la vie active en fait, parce que le..... Le quotidien en fait, toujours être sur l'ordinateur tout l'temps tout l'temps tout l'temps c'est fatigant et en fait y'a beaucoup d'moments où j'trouve ça ennuyeux en fait et où Au final j'fais « mais qu'est-ce que j'fais là sur mon ordi »

C : c'est intéressant c'que vous dites ça m'saoule, j'éteins et puis..... au final comme j'vois que j'ai absolument rien à faire vu que j'peux pas bouger de chez moi, j'peux rien faire j'finis par retourner devant mon ordinateur

C : d'accord, est ce que vous diriez que c'est un peu un cercle vicieux ?

P : dans un sens ouais

C : d'accord

P : donc bon.... Heureusement en général y'a pas mal de gens qui sont connectés donc y'a toujours moyen de discuter sans forcément jouer

C : sur des forums ?

P : sur forum ou même le réseau qu'on a ouvert

C : interne c'est ça ?

P : ouais c'est ça

C : d'accord

P : mais la plupart du temps même en fait j'suis là juste à parler avec des gens, eux ils sont en train de jouer de leur côté voilà.... J'suis juste là à discuter c'est....voilà c'est cool

C : mais c'est intéressant c'que vous disiez tout à l'heure quand vous dites que.... Euh Vous trouvez ça ennuyant au bout d'un moment mais quand même vous passez 14heures dessus....

P : oui, c'est c'est.....

C : qu'est-ce que vous en pensez de ça ?

P : et ben j'pense qu'y a pas grand-chose à faire chez moi (rire)..... entre en fait.....je.... j'aime pas du tout regarder la tv ça m'a.....j'sais pas, j'pense y a quoi, y'a 3-4 ans j'me suis dit en fait j'vais arrêter de regarder la tv, y'a trop de conneries en fait, c'est pas très enrichissant en fait.... on va dire le temps que j'passais devant la tv avant j'l'ai mis sur l'ordinateur en fait, à découvrir d'autres choses, à m'intéresser à plus de trucs et euh..... mais en fait au bout d'un moment on a quand même fait vite le tour d'internet

C : c'est vrai ?

P : bah en fait à force de faire 2 ans, non-stop d'internet en fait on a vite vu le tour de c'qui peut se passer en fait

C : hum hum d'accord..... en vous écoutant j'ai l'impression finalement internet ça a vous aussi permis de découvrir plein de choses et de vous ouvrir sur pas mal de choses au-delà des jeux vidéo.....

P : oui ! Bah ouais en fait euh... le fait d's'ouvrir sur les forums en fait d'aller..... Au lieu de rester bloquer avec des questions quoique ce soit en fait, d'aller discuter avec des gens sur de sujets en fait on s'ouvre à plein.... Pas mal de choses en fait du coup euh.... Grâce à internet en fait j'ai découvert par exemple des associations comme « Sea Shepherd ».....

C : qu'est-ce que c'est cette association ?

P : c'est une association en fait qui défend les euh..... Le milieu maritime, donc j'ai essayé d'être investi un petit peu là-dedans, de suivre un peu leurs actions.... Y'a des trucs comme *avase* en fait c'est un gros site en fait qui permet de faire des pétitions pour euh.... par exemple pour quand y'a des grosses rencontres en fait comme le g20 ou des trucs comme ça ou g8... en fait euh essayer de faire passer des lois, protection de l'environnement tout ça

C : d'accord vous êtes investi dans.....

P : un petit peu ouais j'essaye de regarder... Avant ça m'intéressait pas du tout et en fait à écouter les gens tout ça, ça m'a plutôt ouvert les yeux. J'essaye de passer végétarien aussi.....

C : ah bon, et ça c'est internet qui vous a.....

P : ça m'a ouvert les yeux ouais sur pas mal de choses en fait, bah comment étaient traités les animaux dans les abattoirs, tout ça en fait, ce qu'on voyait pas à la tv.... C'qu'on.... On va dire les trucs qui sont cachés, à discuter avec des gens qui sont passés végétalien... et en fait ouais ça ouvre les yeux sur pas mal de choses voilà....sans forcément entrer directement..... En fait dedans, on donne une information on y croit directement J'essaye d'aller on va dire chercher un peu plus profondément, ce qu'il en est vraiment quoi.....

C : d'accord donc vous avez dans l'objectif de changer un peu votre alimentation

P : ouais, donc ce qui est difficile, avec mes parents vu qu'en fait c'est.... on va dire on est une famille de bon mangeur et de cuisinier en fait en générale donc la viande on va dire ça fait partie..... ça fait bien partie des repas qu'on mange en générale donc c'est assez compliqué de..... Que moi je passe végétarien en fait parce qu'ils disent.....une vache c'est fait pour être mangé quoi

C : d'accord, et vous vous avez un peu changé de positionnement par rapport à ça

P : c'est ça.

C : et est-ce que le fait d'être aussi en cours de traitement ça vient vous questionner sur votre alimentation ou pas du tout ?

P : euh non pas spécialement non non

C : non....la maladie ne rentre pas compte....

P : non pas vraiment

C : d'accord

P : j'sais juste qu'en fait.... je..... Y'a une seule chose que j'peux pas faire en fait avec la maladie en fait..... C'est justement passer végétarien directement parce que je pouvais pas prendre certains compléments alimentaires... ou quoique ce soit en fait

C : d'accord, donc c'est un peu en stand-by votre projet....

P : c'est ça

C : mais peut être reporté à plus tard...

P : ouais

C : d'accord.

P : donc pour le moment j'y crois, mes parents essaient de m'en dissuader mais bon je tiens bon....

C : vous verrez comment ça évolue dans le temps... est ce que y'a autre chose que vous aimeriez rajouter, est ce que y'a des questions auxquels j'ai pas pensé, ne connaissant pas trop les jeux vidéo, y'a des choses que vous aimeriez me dire ?

P : humm..... Bonne question...

C : par rapport à la maladie ou pas.... C'est très libre

P : euh je sais pas vraiment si y'a des trucs qu'on pourrait ajouter.... Euh moi les seuls trucs on va dire qui m'énervent vraiment par rapport aux jeux vidéo, c'est les stéréotypes que peuvent se faire les gens en fait...

C : et quels genres de stéréotypes les gens peuvent se faire à votre avis ?

P : bah en fait justement.... Dire c'est des « no life », les jeux vidéo ça rend agressif et violent, ça rend bête.... C'qu'on entend souvent pas exemple avec les jeunes qui partent faire le Jihad en fait ouais ils ont trop joué aux jeux vidéo, trop joué aux jeux de guerre, en général on entend ça aux infos, et en fait c'est.....c'est complètement con en fait.....

C : vous ne vous reconnaissez pas dans ces stéréotypes ?

P : ouais voilà c'est ça, j'ai joué pourtant beaucoup beaucoup d'heures à certains jeux de guerre justement et bon c'est vrai y'a certaines personnes qui ont quand même des comportements assez agressifs dans le jeu vidéo en fait ou qui ragent vraiment on va dire pour rien du tout en fait alors que

c'est juste un jeu et on va dire les ¾ ou même 90% des gens on va dire iront pas faire la guerre parce qu'ils ont joué à un jeu de guerre quoi.....

C : d'accord, en tous cas vous vous n'y voyez aucune cohérence là-dedans.....

P : c'est ça

C : est ce que y'a autre chose ? Des questions ?

P : (silence).... Là ça me vient pas en tête.... Plus tard je sais pas on verra bien

C : bon, je vous remercie, moi je pense que j'ai tout ce qu'il me faut. Merci beaucoup !

P : pas de problèmes..... Ah si ! J'ai une question, vous aviez sur le questionnaire..... Euh des questions à propos de la consommation d'alcool, drogues et tout ça....

C : vous voulez qu'on en parle ?

P : bah, pourquoi pas, si ça vous intéresse ?

C : et oui, racontez moi.....

P : bah du coup si vous avez des questions.....

C : par rapport à l'alcool, qu'est-ce que vous pouvez me dire du coup sur votre consommation d'alcool.... Je retrouve le questionnaire qui est là....

P : euh depuis.... depuis la maladie elle (la consommation d'alcool) a énormément réduit

C : c'était comment avant ?

P : euh en fait avant on va dire j'étais j'pense à une soirée ou 2 par semaine donc on va dire j'étais bourré une à 2 fois par semaine

C : d'accord

P : et à partir du moment où on m'a dit genre que j'avais un cancer et qu'on m'a dit « tu as l'droit à une seule bière par mois ».... Là ça à fait..... Genre un peu un choc on va dire

C : c'est-à-dire ça vous a fait un choc ? Racontez-moi

P : euh.... Bah en fait le truc c'est que du coup en fait toutes les soirées auxquelles j'allais en fait c'est... fait' y'avais plus vraiment on va dire d'intérêt..... Enfin si y'avait de l'intérêt on va dire d'aller voir les amis tout ça mais c'est plus la même ambiance quand y'a tout le monde qu'est bourré et qu'on est le seul à pas avoir bu une seule goutte d'alcool euh.... Y'a vraiment un décalage en fait, donc

pendant un moment on va dire y'a eu une sorte d'isolement en fait... au niveau de Comment ça s'appelle euh de mon groupe de potes

C : et de sortir ?

P : c'est ça et donc du coup c'est avec ça que j'me suis mis un peu sur les jeux vidéo, en fait à chercher un nouveau groupe.....

C : et parce que vous diriez qu'avant votre consommation d'alcool, pourquoi vous consommiez de l'alcool ? Vous dites que vous étiez bourré une à 2 fois par semaine parce que vous aviez des soirées avec des amis.....

P : voilà et donc on buvait beaucoup c'était pour faire la fête, et euh généralement c'était dans l'excès à chaque fois

C : c'est vrai ? Vous trouvez que c'était dans l'excès ?

P : en général dans les fêtes ouais (rire)

C : d'accord et à partir du moment où on vous a annoncé que vous aviez un cancer, que vous aviez une bière par mois, qu'est-ce que ça vous a.....

P : bah du coup en fait au moment où on m'a dit par exemple une bière par mois et pareil c'était interdit de consommer du cannabis ou quoique ce soit, j'ai fait « bon... on va du coup calmer sur.... » En fait une bonne partie de ma vie sociale en fait du coup elle a été mise un peu de côté en fait....

C : alors c'est intéressant ce que vous dites, c'est-à-dire que les consommations d'alcool ou de cannabis c'est du social ? Est-ce que c'est ça ?

P : c'est pas du social mais ça en fait partie en fait

C : c'est-à-dire ?

P : c'est par exemple, bah avec certains potes en fait le seul moyen en fait de se voir c'était de prévoir une soirée vu qu'on habite pas tous les uns à côté des autres et donc on s'retrouvait chez un pote et voilà on faisait un peu la fête tous ensemble..... mais en général la soirée tournait autour de l'alcool et certains autour du cannabis....

C : d'accord, c'était un moyen de vous rassembler....

P : c'est ça voilà, on s'amusait et puis voilà et après on rentrait comme on pouvait (rire)

C : et du coup votre consommation d'alcool –on parlera du cannabis tout à l'heure – euh comment elle a évolué du coup ? Vous avez respecté une bière par mois ? Comment ça s'est passé ?

P : euh alors j'ai respecté pendant pas mal de temps, pendant super longtemps, j'crois pendant 6 mois j'ai respecté la bière par mois, et puis au bout d'un moment ça m'a j'crois ça met sorti de la tête ou ça m'a saoulé, et puis je.....'fin c'est un peu con comme jeu de mots, et ça m'a un peu énervé et du coup j'ai repris un p'tit peu plus de... à boire en fait.... et j'ai.....

C : oui.....

P : j'ai pas vraiment respecté ce qu'elle me disait en fait, en gros elle me disait que le fait de prendre de l'alcool c'était pas un bon mélange avec la chimio

C : c'est votre oncologue qui vous disiez ça?

P : ouais, qui me disiez qu'en gros, j'pouvais avoir des effets secondaires plus forts, plus de nausées, plus de vomissements, et au final j'ai remarqué que pas du tout.... mais on va dire en fait j'ai refait quelques soirées on va dire comme je faisais avant et j'ai remarqué que j'consommais quand même beaucoup beaucoup beaucoup moins d'alcool

C : et à votre avis pourquoi ? comment se fait-il que dans les mêmes soirées, vous avez repris les mêmes potes et là vous consommez moins ?

P : parce que je tiens plus l'alcool (rire)

C : ah c'est parce que vous tenez plus l'alcool ?!

P : plus du tout quasiment.....

C : est ce que y'a autre chose ?

P : euh.... Bah en fait j'me dis p'tet au fond d'moi j'me dis « vaut mieux pas qu'j'abuse histoire que ça envenime pas les choses ou que ça se passe mal avec les traitements ou quoique ce soit ». Ouais j'pense au niveau de l'alcool ça s'est passé comme ça... après au niveau du cannabis en fait, en gros j'suis vraiment pas un fumeur en fait... c'est vraiment exceptionnel quand j'en prends et j'ai remarqué que.... depuis que j'ai mon cancer en fait c'est de plus en plus.....

C : vous fumez davantage ?

P : ouais, c'est on va dire avant c'était p'tet genre une à 2 fois par an lors d'une soirée j'acceptais un joint comme ça et en fait bah dernièrement c'est j'pense c'est à chaque fois que..... On va dire que quelqu'un qui m'en propose ou quoique ce soit j'dis oui pourquoi pas c'est parti....

C : et alors comment vous comprenez que depuis la maladie vous consommez davantage de cannabis ?

P : je sais pas c'est comme ça, c'est venu un peu.....

C : c'est venu comme ça ?

P : voilà c'est ça j'avais une envie donc euh pourquoi pas donc euh, j'me suis dit autant en prendre si j'en ai envie donc euh voilà..... C'est je sais pas, c'est.... En fait j'prends pas ça du tout on va dire comme l'alcool en fait où je sais que si vraiment, enfin je sais que j'pourrais en prendre vraiment dans l'excès et que ce soit vraiment pas bon, le cannabis c'est vraiment très très rare et c'est vraiment pas beaucoup.... Donc euh c'est une petite dose on va dire récréative.....

C : d'accord, c'est un petit plaisir que vous vous accordez parce que vous savez que ça peut être contrôlé.... Enfin contrôlé..... C'est-à-dire que vous ne pouvez pas aller dans l'excès par rapport à l'alcool ou vous pourriez dépasser clairement les limites, est ce que c'est ça ?

P : c'est ça, j'pense ouais et puis toutes façons même si j'essayais de fumer un peu trop j'pense que je serai déchiré très très très rapidement donc euh

C : c'est vrai ? Et pourquoi par rapport à avant vous seriez déchiré plus rapidement ?

P : bah en fait euh.....le cannabis toujours, chez moi ça monte tout de suite à la tête, et puis du coup il m'en faut pas beaucoup pour être on va dire caler...

C : d'accord

P : donc du coup c'est aussi un avantage pourquoi je consomme pas beaucoup et peu souvent

C : hum hum ok

P : bah par contre pour l'alcool avant j'pouvais vider pas mal de bouteilles alors que maintenant au bout de 2 3 verres d'alcool fort je sens direct ... je sens direct que.... Je sens direct j'ai mes limites

C : chose que..... Vous n'aviez pas ce reflexe avant ?

P : voilà je sentais pas mes limites on va dire, je continuais continuais

C : d'accord et ça c'est depuis la maladie

P : ouais

C : d'accord

P : on va dire ou je l'ai pris conscience volontairement ou c'est genre je me suis imposé une barrière à pas dépasser

C : hum hum.... Et pour le cannabis c'est l'inverse

P : oui même si je ne dépasse pas la limite que.....

C : et est-ce que c'est pareil que l'alcool le cannabis c'est un moment où vous vous rassemblez entre vous ?

P : ouais, généralement j'fais pas ça tout seul, en fait parce que moi-même j'ai jamais acheté, donc c'est.... En général toujours un pote qui propose genre quand il a un joint il fait « hey, c'est parti on s'fait un p'tit joint c'est cool » et donc on s'pose et puis voilà..... En général ouais c'est vraiment tourné toujours autour du social

C : et vous avez consommé quand à prendre un peu d'alcool, à fumer du cannabis ? Ça date de quand ?

P : euh.... Alors pour l'alcool j'pense que ça date euh..... ça doit dater de la 3ème bah avec mon groupe de pote avec qui on a commencé à jouer aux jeux vidéo C'est toujours le même groupe de pote

C : c'est toujours le même groupe de pote.....

P : toujours bien soudé en fait, et euh... pour le cannabis c'est venu plus tard en fait j'ai ...ça devait être au lycée en fait j'ai essayé un joint ou 2 et puis voilà quoi ça reste assez limité. Cette année je dois être à quoi....4 ou 5 joints maximum

C : depuis janvier 2015 ?

P : ouais, donc voilà c'est pas excessif (rire)

C : c'est un moment où vous vous sentez bien ?

P : ouais, c'est un moment où voilà c'est différent en fait de l'alcool en fait où on est bourré on va dire on fait un peu n'importe quoi on s'sent un peu libre, là en fait c'est On est vraiment posé, j'sais pas c'est une sensation que j'aime bien mais voilà après je sais qu'il vaut mieux pas que j'le fasse tout le temps quoi

C : hum hum par rapport à la maladie ?

P : c'est ça et puis j'ai pas envie non plus de dépenser énormément d'argent là-dedans ou d'être accoutumé à ça quoi

C : ça vous faire peur la dépendance ?

P : euh ça me fait pas peur mais en fait j'vois j'ai beaucoup de potes qui dépensent énormément d'argent et en fait qui à force de consommer consommer consommer en fait bah ils n'ont plus beaucoup d'effets du cannabis et du coup ils sont obligés d'en prendre de plus en plus....

C : ils ont une tolérance, ce qui leur permet de consommer davantage pour avoir des effets, chose que vous n'avez pas envie....

P : c'est ça, en fait j'ai eu cet effet là avec la morphine en fait pour les opérations que j'ai eu pour mon coude et euh j'ai été accoutumé à la morphine et j'ai mis quand même quasi plus de 6 mois on va dire à réduire les doses de morphine que je devais prendre en fait pour pour..... Et pour arrêter en fait, la semaine où j'ai arrêté j'ai eu quand même des maux de crâne pendant 2 semaines de suite quoi en fait

C : c'est des choses que vous n'avez pas envie de revivre avec le cannabis

P : voilà c'est ça, j'ai pas envie de voir ça avec l'alcool ou le cannabis ou autre chose

C : d'accord donc ça reste un moment social, de plaisir euh.... Sans vouloir atteindre des proportions...

P : c'est ça

C : d'accord et comment vous voyez du coup par la suite vos consommations ? D'alcool et de cannabis ? Peut-être que vous vous êtes pas posé la question.....

P : hum, non.... j'sais pas je..... (Rire) comment je vois mes consommations ? Aucune idée, je saurai pas répondre à ça !

C : d'accord, et est-ce que vous faites un lien entre jeux vidéo cannabis alcool ?

P : euh.... Jeux vidéo cannabis non, jeux vidéo alcool des fois ouais

C : d'accord

P : euh en fait bah de temps temps ça m'arrive de prendre bah une p'tite bière tranquille devant le pc ou quoique ce soit ou même de s'dire quand j'suis avec mes potes sur internet on peut dire « bon bah voilà dimanche on va s'faire un p'tit bar » et puis voilà c'est parti

C : d'accord... et alcool cannabis

P : euh non en général j'évite de mélanger (le boitier de la chimio sonne, j'appelle une infirmière)

C : donc alcool cannabis vous évitez de mélanger

P : ouais en général euh.... C'est.... Ouais j'pense pas déjà avoir consommé les deux en même temps, c'est On va dire c'est pas les mêmes potes qui consomment du cannabis et qui boivent donc.... J'sais pas en général Par exemple le dernier joint que j'ai fait c'était quand on était en vacances sur la plage tranquille voilà alors qu'en général les soirées où on va boire chez des potes (l'infirmière arrive j'arrête)

Reprise

C : donc vous me parliez de vos vacances, c'est les vacances dernières là ?

P : ouais

C : donc vous étiez sur une plage, vous fumiez du cannabis....

P : c'est ça

C : et c'était la dernière fois jusqu'à aujourd'hui ?

P : ouais

C : ok, et est ce qu'il y a des moments précis où vous avez envie de fumer du cannabis ? Est-ce que c'est un moment particulier, peut-être vous vous sentez pas bien..... Peut-être je sais pas

P : non en général quand j'ai une envie c'est que j'me sens bien, genre p'tet dans un endroit assez relaxant, par exemple la plage ou genre un décor sympa ou genre même un moment où j'entends de la musique qui m'plait euh j'pense que un p'tit joint ça pourrait être sympa à ce moment là

C : d'accord et est-ce que ça vous permet de vous aider comme vous m'aviez dit pour les jeux vidéo en au tout début de l'entretien? Ou ça n'a pas du tout....

P : euh non c'est pas du tout pareil en fait, en général c'est je... j'saurai pas trop comment expliquer en fait, c'est pas du tout le même univers en fait quand j'veux m'évader des jeux vidéo en fait être avec les jeux vidéo c'est vraiment pour On va dire sortir du quotidien, alors qu'un joint on peut très bien continuer à parler de ce qu'y s'passe en fait, des problèmes, c'est juste que on a une vision altérée ou un peu différente on va dire

C : et c'est ça qui vous plait ?

P : pas forcément mais c'est on va dire, j'sais pas c'est une sensation en fait qui est sympa j'trouve de on va dire... de planer (rire)

C : de planer.... D'accord, est ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez rajouter sur l'alcool, le cannabis ?

P : euh non j'pense pas, j'pense que j'ai fait le tour...

C : je regarde moi-même les résultats que j'avais coté... (Silence), vous m'avez évoqué un léger bad drip sur le questionnaire, est ce que vous pouvez m'en parler ?

P : oui, euh alors.... En fait j'ai mon p'tit frère en fait lui qui consommait pendant pas mal de temps du cannabis en fait je.... J'ai eu l'occasion de le voir faire plusieurs bad trips en fait et du coup en fait j'ai réussi à lui faire arrêter de fumer la cigarette et le cannabis et en fait c'était justement la dernière fois à la plage en fait pour le dernier joint qu'on avait fait apparemment j'l'ai allumé, il était un peu trop chargé sur le début et en fait on était à quoi... on était à 2km à pied de l'appartement où on était et en fait j'avais commencé à sentir le début des effets et je savais on va dire à peu près comment les gérer pour pas on va dire être vraiment dans les choux et en fait c'était vraiment très étrange mais en fait au début on va dire je C'était le joint il était on va dire dans l'effet d'être bien de d'être sympa et tout ça et à la fin en fait ça s'est transformé plus en un... comme un sorte de malaise en fait et c'est le côté négatif que je trouve au cannabis ... donc c'était on va dire un temps de réaction qu'était hallucinant genre je regarde d'un côté et j'avais l'impression que ma vue tournait au ralenti ou des trucs comme ça.... Donc du coup en fait pour moi on va dire en fait j'suis allé me coucher pour éviter de continuer d'être dans les choux en fait et on va dire la soirée elle s'est arrêtée là pour moi en fait....

C : d'accord. C'était une mauvaise expérience ? Pour vous.... Ou pas

P : euh...alors, le début de l'expérience était sympa, on va dire le joint était.... C'était sympa et tout et en fait c'est au moment où on est reparti que j'ai commencé à sentir les effets, on va dire toute la partie du retour jusqu'à l'appartement qui était assez désagréable en fait, c'était vraiment.... Comme la ville en fait vraiment c'était la nuit, y'avait du monde partout partout du bruit à fond et du coup on va dire c'était un peu le parcours du combattant pour que je réussisse à aller là-bas..... voilà....

C : d'accord

P : mais euh j'me dis que du coup en fait voilà c'est pour ça que le cannabis c'est vraiment très rare au moment où j'en prends et que maintenant je sais qu'y'a des moments où vaut mieux que j'en prenne et que j'en prenne pas quoi

C : ce serait quoi les moments où il vaut mieux en prendre ?

P : bah en fait.... Les moments où, on va dire y'a pas des moments pour en prendre mais y'a plutôt des moments pour pas en prendre quand on est fatigué, quand genre.... J'pense c'est vraiment avec la fatigue ou euh 'fin pour moi en tous cas la fatigue ça m'a.... c'est c'qui m'a fait que je suis parti très loin (rire)

C : d'accord, à ce moment-là, pour cette expérience là...

P : c'est ça

C : vous diriez que vous avez développé un peu une hyper vigilance sur comment vous vous sentez pour pouvoir consommer ou pas en ce moment ? Vous faites plus attention à ça pendant vos traitements ?

P : ouais voilà c'est ça, j'fais quand même un peu gaffe euh... genre bah en fait à chaque fois que j'ai vu que mon frère avait fait des bad trips en fait c'était qu'il était fatigué ou qu'il était épuisé de la journée ou pas très bien ou quoique ce soit, donc en fait j'essaye on va dire quand on me propose en fait c'est ou je suis vraiment bien dans ma journée et puis j'dis ok ou sinon c'est pas la peine quoi

C : d'accord, est ce que y'a autre chose ?

P : hum non j'pense pas, ouais non j'pense que c'est déjà pas mal

C : on a fait le tour ?

P : ouais j'pense

C : on va s'arrêter là, merci beaucoup !

2) Entretien de recherche Nathan

C : J. donc je te rencontre aujourd'hui, est ce que tu peux me parler de ce qui se passe un peu pour toi en ce moment heu.... Finalement, qu'est-ce que la maladie est venue un petit peu heu... impacter chez toi dans ton quotidien, comment ça se passe en fait...

P : donc là je suis à curie pour une tumeur cérébrale depuis le mois de décembre, et bah... comment ça a impacté mon quotidien assez lourdement, bah déjà je travaillais et j'ai dû arrêter de travailler pour le moment...

C : d'accord

P : et... aussi parce que on a vu avec le docteur L en fait on... c'est un protocole particulier et du coup en fait je fais ma chimiothérapie, une fois que j'ai fini ma chimiothérapie je vais chez ma mère dans le cantal en fait donc toutes les 3 semaines je fais les allers-retours, donc ça me laisse pas vraiment de répit en fait...je suis toujours sur la route, toujours en train de bouger. Mais bon là normalement c'était la dernière chimio

C : là c'est la dernière....

P : bah là j'suis revenue parce que j'avais de la fièvre samedi soir là...

C : ok

P : et voilà après ça impacte après normalement, enfin logiquement.... Les effets secondaires...

C : ouais c'est-à-dire....

P : bah la fatigue, quelques nausées, la perte des cheveux heu.... Après heu...

C : ça ça a été compliqué les effets secondaires ?

P : au début ouais....

C : comment tu l'as vécu en fait ?

P : au début c'était compliqué parce que déjà euh trouver le bon traitement qui fonctionne pour les nausées. Pour la première chimio on a mis quelques jours à trouver le bon traitement après les autres chimio ça allait un peu mieux mais euh après c'est pareil on s'habitue. C'est toujours compliqué lorsqu'on est fatigué. C'est chiant parce qu'on sait à quoi s'attendre..... Mais heu

C : pour la fatigue tu veux dire ?

P : ouais pour la fatigue mais bon après on s'y fait.....

C : on s'y fait à la fatigue....

P : ouais

C : et autres effets secondaires ?

P : bah après y'en a eu moins du coup

C : y'en a eu moins....

P : un peu moins

C : d'accord... d'accord. Et donc tout à l'heure tu me disais que ça impactait « lourdement » ta vie. Parce que du coup t'as du arrêter ton activité professionnelle.

P : c'est ça

C : c'est ça, et en dehors de l'activité professionnelle ça a impacté autre chose ?

P : bah de manière générale parce que je, je sortais pas régulièrement auparavant mais là je sors plus du tout heu.... Je vois quelques amis mais c'est pas en sortie, ils viennent me voir, les activités je peux plus faire grand-chose. Fin' j'ai arrêté le sport, j'ai pris du poids du coup parce que j'ai plus d'activité sportive.... Après je fais pas grand-chose de mes journées au final

C : oui

P : donc ça c'est un peu pesant

C : donc en fait y'a le fait de ne plus pouvoir voir tes amis enfin en tous cas plus comme avant, ce comme avant du coup ça veut dire quoi ce comme avant, entre ce qu'il y avait avant et aujourd'hui...

P : bah ça veut dire j'suis pas libre de mes mouvements en fait, j'peux pas....

C : pas libre de tes mouvements ouais...

P : heu bah j'peux pas sortir tout simplement quoi

C : oui

P : j'évite de sortir pour éviter de chopper quelque chose, c'est embêtant quoi.... De pas pouvoir faire c'qu'on veut mais on s'y fait aussi....

C : oui on s'y fait....

P : bah faut s'dire que c'est sur une période qui faut passer par là dans tous les cas et qu'après normalement ça se termine

C : mmm... c'est ce que tu te dis que c'est pour une période et qu'après ce sera autrement ?

P : c'est ça

C : tu t'es toujours dit ça depuis le diagnostic ?

P : toujours oui oui oui

C : d'accord

P : oui toujours alors parce que sinon je me voyais pas continuer ça comme ça tout le temps de toutes façons donc heu...

C : si tu te disais pas « c'est pour une période donnée » euh... et après ce sera différent, tu n'aurais pas tenu de la même manière c'est ça que tu veux dire ?

P : ah j'pense pas non, si on m'avait dit que j'en aurai pour.... Parce qu'au final ça a été assez..... Les chimio ont été...ça été quelque chose de rapide j'en ai eu que 4 séances, ça a duré même pas 3 mois donc. Si on m'avait dit que ça aurait été sur 1 an ou plus là j'pense que j'aurai eu beaucoup plus de mal.

C : mmm.... C'est le temps qu'on t'a déterminé qui t'aide aussi un peu à, à voir l'échéance....

P : bah là de me dire que les chimio sont normalement terminées.... Déjà ça fera plus d'effets secondaires donc déjà c'est un bien, j'pourrais être.... un peu être plus libre, j'aurai pas les allers retour chez ma mère. Je serai un peu plus libre de mes mouvements en fait donc ouais....

C : d'accord ok.... Et depuis le diagnostic et donc le début des traitements est-ce tu as remarqué tu avais des comportements qui avait changé, avant le diagnostic puis maintenant ou des attitudes, est-ce que tu fais plus de choses, moins de choses à certain niveau.....

P : heu comportement je pense pas avoir changé ; j'fais moins de choses effectivement, j'ai pas le force j'peux pas me permettre de faire tout et n'importe quoi, d'toutes façon j'suis limitée quand même

C : mmm... est-ce que tu dirais que tu fais davantage attention à comment tu te sens ?

P : ah oui complètement

C : par rapport à avant ?

P : ah oui

C : ça c'est un des trucs ou tu es plus vigilant sur comment tu te sens...

P : ah oui oui bah après j'le sens, le moindre effort j'vais le sentir passer et heu... y a des moments où j'sens que j'peux faire un malaise, j'm'arrête de tout suite 'fin je.... Simplement porter un pack d'eau avant ça me posait pas de problème mais là j'ai du mal à porter un pack d'eau quoi.... J'le sens tout de suite

C : d'accord, tu as pu remarquer en tous cas que le corps un peu.....rappelle....

P : oui complètement

C : mmm... d'accord. Dans les questionnaires que tu m'as rendu, je sais pas si tu te souviens, y'avait des questions sur les stratégies que tu utilisais quand y'avait un souci.... Et donc dans les cotations que j'ai fait, j'ai pu voir que tu utilisais beaucoup ce qu'on appelle le coping acceptation, est-ce que ça te parle un peu ?

P : oui.... Parce que moi j'ai tout à fait accepté la maladie.... De toute façon c'est heu.... J'peux pas y échapper, dans tous les cas elle est là

C : qu'est-ce que ça veut dire accepter la maladie, est-ce que tu peux m'en dire un peu plus....

P : bah accepter la maladie c'est à dire je je.... J'le prends pas personnellement, j'me dis pas que c'est un coup du sort que ça met tomber dessus par.... J'me dis pas que c'est quelque chose qui était fait pour moi, ça arrive à certaine personne, c'est tomber sur moi c'est pas d'bol mais dans tous les cas faut qu'j'accepte pour pouvoir avancer je pense.....

C : pour pouvoir avancer c'est-à-dire ?

P : bah d'jà pour m'faire à l'idée pour les traitements déjà, pour les accepter plus facilement qui sont assez lourds quand même et puis accepter le fait que justement ça me coupe.... Ça me met un peu ma vie entre guillemets mais....

C : mmm...

P : mais c'est juste pour un temps.....

C : c'est ça qui te permet aussi d'accepter, c'est de savoir que c'est pour un temps donné ?

P : oui aussi ouais..... Enfin je pense, après je sais pas si on m'avait dit que ça allait être beaucoup plus long je sais pas comment j'aurai réagi à ce moment-là..... mais là d'me dire qu'c'est au final pas si long que ça oui c'est plus facile à accepter je pense

C : mmm...

P : par rapport à quelqu'un qui en a pour plusieurs années

C : d'accord.... Tu vois autre chose à dire sur l'acceptation ?

P : non j'pense pas

C : d'accord... dans les questionnaires y'avait aussi sur l'utilisation de substances, tout ce qui est alcool, tabac, cannabis..... Donc j'ai pu voir qu'au niveau du tabac tu avais une consommation. Est-ce que tu peux m'en dire un peu plus de cette consommation ?

P : bah je.... Je fume depuis mes 18 ans environ... donc heu bah après... j'ai pas arrêté pour autant parce qu'en fait les.... Pendant les chimiothérapies je m'arrête complètement parce que j'ai plus envie

C : d'accord, donc pendant les chimio tu ne fumes pas ?

P : non j'ai pas envie du tout, et on va dire une semaine après les chimio j'ai ré-envie de fumer. C'est à partir de ce moment-là où je commence à me sentir mieux en fait donc....

C : et où refumer c'est ok pour toi.....

P : bah c'est même pas que c'est ok pour moi c'est que j'ai envie.... On va dire pendant 2 semaines j'ai pas trop envie.....pendant la chimio et juste après la chimio j'ai pas envie du tout.... Mais après une fois que..... 'fin j'pense que c'est plutôt je sais que je vais mieux une fois qu'j'ai de nouveau envie de fumer on va dire

C : mmm...

P : quand j'vois que j'ai de nouveau envie de fumer j'arrive à me déplacer facilement enfin j'sens que c'est plus facile à ce moment là

C : une semaine après...

P : oui à peu près

C : et du coup pendant le temps de chimio quand tu ne fumes pas t'y penses beaucoup ou.....

P : ah non pas du tout, ça me traverse même pas l'esprit

C : d'accord, ça ne te vient même pas à l'esprit...

P : ah non ça me met KO parce qu'après enfin ça chamboule un peu le cerveau.... Les odeurs tout ça ça devient compliqué à sentir certaines odeurs

C : d'accord

P : non ça ne me viendrait même pas à l'esprit de fumer à ce moment là

C : d'accord et ça ça a été dès le départ quand t'as commencé les traitements ?

P : ouais.... 'fin dès le départ, la première chimio j'ai essayé.... J'ai vu tout de suite que ça passait pas donc heu....

C : d'accord

P : après j'ai pas retenté, j'ai pas eu l'envie de fumer du coup

C : d'accord, et ça revient une semaine après....

P : à peu près

C : ok. Et est-ce que tu te souviens un peu comment t'as commencé à fumer ?

P : bah c'était au lycée

C : d'accord

P : rien de particulier

C : et ton groupe d'amis fume enfin c'est aussi un peu.....

P : ah oui ça a été ça, c'est les amis qui m'ont fait fumer. J'ai commencé comme ça et voilà. Non y'a rien derrière, rien de particulier c'est que on sortait on fumait après les sorties, acheter les paquets en semaine ça a commencé comme ça...

C : d'accord... et comment tu imagines..... Si je te demande comment tu imagines ta consommation après la fin des traitements qu'est-ce que.....

P : ah je.... J'me suis dit que j'allais arrêter.

C : d'accord ah c'est intéressant...

P : j'vais essayer bon après....

C : qu'est ce qui t'as fait dire que tu allais arrêter ou au moins essayer ?

P : j'me dis que c'est un nouveau départ en fait

C : ah c'est très intéressant

P : j'vais arrêter de fumer, j'vais me remettre au sport...

C : c'est-à-dire que la fin des traitements c'est un nouveau départ ?

P : je pense ouais.... J'vais essayer

C : en tous cas c'est comme ça que tu l'appréhendes

P : c'est ce que je vais essayer de faire

C : d'accord, et ce serait quoi du coup un nouveau départ ?

P : bah heu..... faire un peu mieux, c'est-à-dire faire plus de sport, manger plus sainement, arrêter de fumer justement, 'fin voilà juste.....

C : et ça ça t'es venu quand cette idée qu'après....

P : tout de suite

C : tout de suite après le diagnostic....

P : 'fin non p'tet pas tout de suite mais deux trois semaines après je pense. J'dis voilà ça allait être un nouveau départ, justement ça.... P'tet le seul point positif de la chimio parce que y'en a quand même des pas mal je trouve..... C'est dire voilà c'est un nouveau départ, passer par là c'est quand même une épreuve assez dur, ça permet de voir un peu les choses différemment et heuj'me dis y a des trucs que je devrais faire depuis.... Depuis un moment et que je fais jamais... qu'à partir... une fois que j'aurai plus les traitements, qu'on dit que c'est bon je suis guéri là je commence, j'commence ce que j'aurai du faire

C : d'accord... donc là tu m'as dit que la chimio avait quelques points positifs, donc tu m'as cité, faire davantage de sport, manger plus sainement, essayer d'arrêter de fumer, heu.... Faire des choses que tu n'as pas fait avant, et tu dirais que c'est l'expérience de la maladie qui a fait que.....

P : je pense ouais

C : oui est-ce que tu pourrais m'en dire un peu plus

P : bon après j'sais pas faut que j'vois, faut qu'je détermine.... Mais j'pense après, j'vais avoir plus gout à la vie pour certaines choses....

C : que tu n'avais...

P : bah ouais je pense..... y'a des trucs que je vais plus apprécier

C : mmm....

P : que j'aurai pu trouver ennuyant ou chiant on va dire....j'pense que je vais apprécier.... 'fin, j'avais mis un stop à mes études pour cette année, là j'voulais faire une école de commerce l'année prochaine, donc là ça va être..... C'est loupé donc dans deux ans mais je pense que justement par rapport aux cours que j'aurai pu trouver ennuyant avant chimio heu... avant tout ça j'vais plus apprécier d'aller en cours que..... J'me rends compte de la chance que j'peux avoir par rapport à certains

C : de la chance que tu peux avoir....

P : c'est ça donc là j'pense que j'vais plus apprécier.... Enfin ces choses que l'on peut trouver ennuyantes ou rébarbatives....

C : d'accord

(Silence)

C : et est-ce que y a autre chose que la maladie a permis..... c'est très intéressant que tu aies évoqué qu'il y ait des aspects positifs pour l'après....

P : non après j'vois pas.... 'fin c'est déjà pas mal on va dire que ça.... 'fin j'pense ça va être un renouveau, j'pense y aura l'avant et l'après dans tous les cas donc heu.... C'est déjà positifs.... 'fin

c'est positif dans un sens de passer par là quand même... mais heu non après y a pas... non y'a pas d'autres points positifs je pense

C : mmm... oui alors si j'ai bien compris le point positif c'est vraiment heu.... Ce que ça va permettre éventuellement après les traitements

P : c'est ça enfin c'est de se rendre compte de la chance qu'on a eu avant ça et de c'qu'on a pas fait et qu'on aurait dû et qu'on va..... Que j'vais essayer de faire après....

C : d'accord

P : que j'aurai du faire avant, toute simple.... Que j'ai pas faite et que la j'vais les faire, parce que j'suis passé par là et que j'ai pas pu faire mais que j'me rends compte que y a des gens qui sont beaucoup plus.... Enfin qui sont comme ça depuis un moment, enfin de la chance qu'on a quand on y passe pas quoi....

C : mmm... et ça tu penses que tu n'aurais pas pu te le dire sans une expérience comme celle-ci ?

P : j'aurai mis plus de temps je pense....

C : d'accord.... Et du coup est ce que tu dirais qu'il y a beaucoup d'attentes dans l'avenir ?

P : oui oui.... J'en ai toujours eu, j'ai toujours voulu aller toujours plus loin mais heu.... Ça n'a pas changé à ce niveau là

C : peut-être que ça s'est accentué du coup.....

P : non non même pas... 'fin j'vais dire que j'suis moins ambitieux mais j'ai des attentes un peu moindre on va dire.... J'suis peut être devenu plus terre à terre quoi

C : plus terre à terre c'est-à-dire ?

P : j'me rends compte de la réalité des choses, arrêter de rêver sur quelques points mais après....

C : et ça c'est quelque chose qui a un peu changé en toi ?

P : ouais mais pas Pas vraiment

C : d'accord

P : un p'tit peu je pense mais pas plus que ça on va dire

C : mmm...

(Silence)

C : est-ce que y a autre chose à ce niveau-là que t'as envie d'évoquer....

P : non non

C : sur les points positifs des traitements ce que ça te permet d'envisager pour l'après....

P : non non j'pense que tout est dit là....

C : tout est dit.....

(Silence)

C : donc au niveau du tabac tu vas essayer d'arrêter, tu sais un peu comment tu vas faire pour essayer d'arrêter ou tu verras plus tard

P : j'pense j'vais arrêter du jour au lendemain..... Parce que je.... 'fin je... ça me pose pas de soucis j'ai arrêté plusieurs fois après j'ai repris. 'fin j'peux m'arrêter du jour au lendemain et ne pas fumer pendant plusieurs semaines.... Ça ne me pose pas de souci

C : c'est un peu ce que tu as pu expérimenter en plus avec la chimio avec un contexte....

P : ouais j'pense que c'est un peu différent, c'est le produit qui me donne plus envie mais Après j'pense par rapport aux autres fois où j'ai essayé d'arrêter de fumer là j'pense que je vais m'y tenir

C : par rapport à ce que tu viens de traverser ?

P : voilà c'est ça. Les autres fois je m'arrêtais un mois à peu près et je reprenais comme ça sans vraiment de bonnes raisons. Là j'pense que je vais m'y tenir

C : parce que tu as déjà essayé plusieurs fois d'arrêter...

P : oui

C : mais là y a une autre motivation....

P : oh oui complètement différente, oui donc là j'pense que ça va marcher enfin j'espère en tous cas je verrai bien.... Voilà...

C : d'accord.... Est-ce que y'a autre chose au niveau des consommations ?

P : non non

C : je réfléchis en même temps aux questionnaires que tu m'as rendus....

P : non je buvais pas d'alcool je prenais pas de drogue...

C : oui..... Au niveau de l'utilisation d'internet et des jeux vidéo, est ce que y a des choses qui se sont modifiés actuellement, est-ce que tu es davantage plus sur, je sais pas, les réseaux sociaux...

P : non, j'y suis même p'tet un peu moins

C : d'accord

P : j'ai moins la force de prendre mon pc, de le soulever enfin....ça voudrait dire que j'aille le chercher, que je le soulève, que j'aille le brancher, 'fin ça me démotive.... Par rapport à l'ordinateur du coup

C : oui j'ai vraiment l'impression que la fatigue physique donc ça t'empêche de sortir, de poursuivre tes activités et de faire aussi autre chose...

P : oh oui voilà pendant les chimio où je fais rien de toute la journée, où j'suis dans la chambre branché, là je peux pas aller chercher mon ordi, ça me prendrai.... Enfin ça me prendrai trop de temps, d'énergie heu..... J'pense j'suis un peu moins sur internet, les jeux vidéo j'y joue pas... mais internet je pense j'y suis moins, après c'est pas ma volonté mais c'est le processus d'aller chercher

C : d'accord

P : ça me fatigue quoi

C : est-ce que tu penses qu'on a fait le tour ? Ou est-ce qu'il y a des choses, des points que t'as envie d'aborder ?

P : non pour moi j'ai fait le tour.... Si vous avez d'autres questions

C : on a évoqué l'arrêt de l'activité professionnelle, avec tes amis, du coup....

P : oui plus délicat

C : plus délicat ?

P : oui bon après c'est pas impossible, ils viennent me voir à l'hôpital. Juste on fait pas les mêmes choses

C : d'accord

P : après ça m'a pas coupé ma vie sociale loin de là

C : mmm..... Et on a évoqué l'après du coup avec des attentes....

P : oui

C : est-ce que tu vois des choses...

P : non rien de particuliers

C : est-ce que tu as des questions ?

P : non plus

C : je crois qu'on a fait le tour.... Ok on va s'arrêter ici merci beaucoup.

3) Entretien de recherche Théo

C : est ce que vous pouvez un petit peu me raconter comment vous traversez la période des traitements et de la maladie ? Comment c'est pour vous ?

P : heu.... C'est... j'prends ça au fur et à mesure, on avance heu... j'suis... (Silence)

C : au fur et à mesure c'est-à-dire ?

P : heu... bah... j'essaie de tenir le coup et puis heu... comment j'vais dire ça... heu...

C : oui tenir le coup...

P : heu... (Silence), ça doit être parce que c'est enregistré que j'y arrive pas trop !

C : ah bon, on va le cacher ! C'est gênant pour vous que ce soit enregistré ?

P : non ! 'fin non non

C : d'accord. Alors vous me disiez que vous preniez ça un peu au fur et à mesure, ça veut dire quoi du coup au fur et à mesure ?

P : bah on compte les jours, on espère que ça va passer le plus vite possible

C : les traitements ?

P : oui... là ça va c'est le dernier jour de la troisième... j'suis en chimio normale après, j'vais avoir la chambre de greffe et après encore une mais on s'approche de la fin.... De la chimio donc ça va

C : et quand vous dites que vous prenez ça au fur et à mesure est ce que ça voudrait dire par exemple que vous prenez ça un peu au jour le jour

P : ça oui comme ça, j'essaie de voir le plus loin...

C : d'accord

(Silence)

C : plus loin... l'après-traitement vous voulez dire ?

P : c'est ça... donc heu pour l'instant c'est en bonne voie... j'pense que ça devrait le faire

C : qu'est ce qui devrait le faire ? La façon dont vous voyez la suite ?

P : ouais

C : et comment vous voyez la suite du coup ?

P : bah j'pense que ce sera heu... mieux quoi, que quand je l'ai appris au départ, j'pense que là au dur et à mesure que ça avance, que ça... ça régresse un peu j'pense plus à l'après et

C : plus vous avancez dans le traitement plus vous pensez à l'après ?

P : oui

C : d'accord. Et quand vous dites que ce sera mieux que quand vous avez appris ? C'est ça que vous avez dit ?

P : Mmm...

C : qu'est-ce que vous entendez par là ? Qu'est ce qui s'est passé quand vous l'avez appris ?

P : heu... bah... c'était un peu dur quand je l'ai appris. Heu... j'ai essayé de faire avec, c'est... une fois qu'on le sait maintenant c'est trop tard on est dedans on est dedans. On pensait à tout sauf à ça... mais maintenant que c'est parti faut se battre et tenir le coup quoi

C : Mmm... et comment vous faites pour vous battre et tenir le coup ? Est-ce que vous avez des méthodes à vous pour tenir ?

P : non, on essaie de... de s'accrocher, de penser aux gens qui nous entourent qui nous soutiennent alors on avance

C : vous dites en fait que c'est aussi en partie grâce aux gens qui vous entourent

P : oui je pense

C : Que vous arrivez à tenir

P : Mmm, j'pense ouais... même beaucoup. Bon là aujourd'hui ils sont pas là mais ils viennent le plus souvent qu'ils peuvent donc heu... c'est que faut tenir le coup quoi

C : et avec vos proches, est ce qu'il y a d'autres éléments qui vous permettent de tenir le coup mais qui sont bien propres à vous, des petites techniques ?

P : non pas spécialement

C : pas spécialement...

P : non non

(Silence)

C : et pareil quand vous dites que vous vous battez c'est aussi grâce à vos proches ?

P : ouais

C : Mmm...

P : heu... non je sais pas quoi dire

C : en tous cas j'entends que vos proches prennent une grande place dans ce que vous vivez en ce moment

P : c'est ça

C : d'accord. Est-ce que vous voyez d'autres choses à dire sur la manière dont vous faites face aux traitements ?

P : heu non non. J'pends ça petit à petit quoi

C : Mmm... petit à petit tout en voyant après le TTT si j'ai bien compris

P : voilà

C : et prendre petit à petit ça voudrait dire quoi ? Concrètement ce serait comment ?

P : ça serait... je sais pas ... heu... on est beaucoup ici, enfin j'compte beaucoup les heures et j'me dis que petit à petit c'est vraiment petit à petit, c'est long, on aimerait que ça aille plus vite... malheureusement ça va pas si vite que possible.

C : le temps est long en hospitalisation ?

P : c'est ça

C : c'est ça qui vous fait prendre au fur et à mesure ?

P : ouais, mais bon... on est plus proche de la fin que du début donc heu c'est encourageant

C : ça vous permet de tenir aussi ça ?

P : ouais

C : et quand vous envisagez la suite des TTT est ce que il y a des choses que vous imaginez autrement que vous faisiez avant les traitements, je sais pas si je me fais bien comprendre mais est ce qu'il y a des choses que vous ferez différemment ? Des choses que vous envisagez autrement par rapport à avant ?

P : pour l'instant non, j'dirai pas ça, j'dirai...

(Sonnerie de la perf)

P : vous pouvez répéter s'il vous plait la question ?

C : j'veus demandais quand vous parliez après les TTT est ce qu'il y a des choses que vous envisagez de faire autrement ?

P : heu... j'ai pas vraiment trop trop réfléchi, on verra le moment venu, j'pense que ça ... j'y pense pas trop trop, j'essaie un peu... j'dirais que y a sûrement des choses que je faisais avant et que j'pourrai plus faire

C : Mmm...

P : j'y pense un peu, mais j'ai pas vraiment réfléchi sur la question

C : peut-être que vous verrez au moment venu...

P : oui peut être

C : est-ce que vous voyez des choses à dire sur l'après TTT ?

P : heu... bah j'espère que ce sera comme avant mais bon après... j'espère que ce sera différent mais j'sais pas si ce sera différent en mieux tant mieux... j'espère pas que ce soit en pire... mais voilà

C : et quand vous dites que vous espérez que ce soit comme avant, qu'est-ce que ça veut dire comme avant ?

P : bah... heu... j'm'imaginer tranquillement, sans avoir de soucis de santé, voilà... avoir une vie tranquille

C : d'accord. Alors là je vais complètement changer de thématique, vous avez vu dans les questionnaires je demandais... (Pause, l'infirmière arrive). Dans les questionnaires, je vous demandais si vous fumiez du tabac du cannabis, si vous preniez de l'alcool...

P : non... je fume pas, j'ai déjà essayé mais c'est pas... je n'y trouve aucun plaisir à fumer donc... ça me dérange pas mais je fume pas. Et l'alcool j'espère que... je consomme... 'fin je consomme, je suis comme tous les jeunes de maintenant, on boit de temps en temps mais sans excès.

C : et du coup concernant l'alcool, est ce que vous avez eu l'occasion....

P : non, comme quand on sort on a les médicaments, on touche pas à l'alcool, il vaut mieux éviter les médicaments et l'alcool, pour l'instant depuis la nouvelle année pas d'alcool... donc heu... on peut très bien s'en passer...

C : Mmm... et au niveau de l'utilisation des jeux vidéo et d'internet, comment... Est-ce que vous l'utilisez fréquemment ?

P : internet oui, les jeux vidéo bah j'avais une console qui était tombée en panne du coup j'y jouais moins mais là récemment j'y ai rejoué ici, j'ai vu que j'avais un bon niveau mais bon, de temps en temps aussi en dehors de la maison avec les copains

C : c'est quelque chose que vous faisiez fréquemment ?

P : oui j'peux dire fréquemment, pas tous les jours mais p'tet deux à trois fois dans la semaine

C : et au niveau d'internet, ici vous l'utilisez beaucoup ?

P : (sonnerie perf) j'espère que je l'utilise beaucoup, notamment les réseaux sociaux, Facebook tout ça... mais pas pour montrer la maladie que j'ai mais pour voir comment se porte notre monde...

C : et vos amis surement ?

P : ouais c'est ça. Donc pour internet c'est beaucoup les réseaux sociaux, Facebook, après regardez des séries, des films en streaming. Surtout pour ça pour s'informer un peu de ce qu'il se passe

C : mais du coup-là en ce moment, là pendant l'hospitalisation, quand vous utilisez beaucoup internet c'est... si je comprends bien pour rester en lien avec ce qu'il se passe à l'extérieur ce serait ça ?

P : oui ce serait ça...

(Pause, l'infirmière rentre)

C : et du coup ma question par rapport à l'utilisation, est ce que vous trouvez que ça a changé depuis que vous êtes en hospitalisation ? Vous l'utilisez davantage...

P : heu non, je l'utilise comme je faisais avant donc heu... ni plus ni moins, je l'utilise comme je faisais avant...

C : Mmm...

P : comme je faisais avant

C : beaucoup sur portable ?

P : oui téléphone et sur pc. La première fois que j'ai été en chambre de greffe j'ai pas eu internet donc j'ai dû me passer du PC, heureusement j'avais le téléphone mais là j'ai les deux donc... j peux regarder des séries ou des films...

C : Mmm...

P : j peux me servir de mon pc

C : et tout à l'heure vous avez dit quelque chose d'intéressant quand vous parliez de Facebook vous avez dit que ce n'était pas pour raconter la maladie

P : oui

C : qu'est-ce que vous entendiez par-là ?

P : bah j pense que ça doit rester dans le domaine du privé donc heu... pas l'exposer à tout le monde

C : Mmm

P : après pourquoi pas une fois que ce sera fini de dire j'ai eu un cancer oui possible mais... parce qu'après... on peut jamais savoir tout ce qu'il se raconte sur internet

C : vous diriez que vous êtes prudent par rapport à ça ?

P : voilà c'est ça

C : ça ça a toujours été par rapport aux réseaux sociaux ?

P : ouais, pas mettre n'importe quoi sur internet

C : Mmm... d'accord. Et j vois que la tv est allumée, vous la regardez souvent ?

P : heu oui... comme j'avais pas trop le choix je regardais la tv... y a deux semaines pour la chimio, donc oui beaucoup de la tv

C : et vous pensez que c'est vraiment circonscrit à l'hospitalisation ou ça a toujours été comme ça ?

P : non c'est beaucoup depuis la... l'hospitalisation... Surtout. Avant un petit peu mais je regardais moins, j'essayais plus de sortir tout ça... là vu que je peux rien faire d'autre pour l'instant, c'est toujours la tv

C : c'est-à-dire vous ne pouvez rien faire d'autre ?

P : bah à l'hôpital a part regarder la tv, si des fois y a des animations, des trucs comme ça... mais là en chambre stérile on peut rien faire à part se balader dans sa chambre, bon après on peut toujours lire et tout ça mais bon une fois qu'on a lu on a lu... donc heu si on se relit encore après c'est long (rire). Du coup pour les périodes de greffes y a beaucoup de tv et internet tout ça...

C : Mmm...

P : là la chimio est en train de se finir donc on a un peu aussi les effets secondaires donc heu on évite un peu trop de sortir

C : Mmm... les effets secondaires vous empêche aussi de faire autre chose ?

P : oui j'pense mais pour l'instant ils sont pas encore trop violents mais ça va arriver un moment où les nausées, vomissements, bon les diarrhées la première fois, c'était pas vraiment des diarrhées mais...

C : vous voyez autre chose à dire sur l'utilisation d'internet, le fait que vous regardiez la tv ?

P : non ça devrait aller

C : est-ce que vous pensez qu'on a fait le tour ?

P : heu bah oui je pense

C : est-ce que vous voyez autre chose à dire sur comment vous traversez cette période ?

P : bah oui j'pense que j'ai dit tout ce que j'avais à dire

C : oui... vous avez dit que vous faisiez au fur et à mesure tout en essayent de vous projeter après TTT et que grâce à vos proches vous arrivez à tenir...

P : c'est ça

C : est ce qu'il y a des choses que vous avez envie de préciser ?

P : non ça va aller

C : d'accord. On va s'arrêter ici, Merci beaucoup.

P : De rien

4) Entretien de recherche Axel

C : est-ce que vous pouvez un petit peu me raconter comment vous traversez cette période de traitement et le diagnostic de la maladie ?

P : je commence du début donc ?

C : vous commencez par où vous voulez

P : ok ça marche. Bah j'vais commencer au début. Euh... on va dire donc moi j'l'ai su j'm'en rappelle très très bien quand j'l'ai su. Donc moi j'ai commencé.... Comment je le vis.... J'ai commencé à être fatigué en fait on dire depuis heu... depuis septembre dernier. Donc j'ai commencé, de depuis le début de l'année scolaire. J'suis en deuxième année de BTS donc j'suis redoublant en plus parce que j'l'ai raté. Donc en fait j'ai commencé inconsciemment à... j'étais pas hyper assidu en fait j'allais pas souvent en cours parce que j'étais fatigué en fait... et j'savais pas... en fait j'suis quelqu'un d'hyper actif à la base et j'étais vraiment fatigué donc j'avais un problème mais pour l'instant je ne m'inquiétais pas. J'me disais bon y a pas de problèmes spéciales etc.

C : hum hum

P : ensuite donc vers.... J'ai pas les dates exactes mais vers mi-octobre heu.... J'ai commencé à avoir mal aux bijoux de famille. Donc moi j'ai un cancer des testicules. Donc j'ai commencé à avoir mal à ma testicule gauche et en fait au touché j'avais comme un kyste en fait en fait une partie de ma testicule gauche était en fait dur, heu donc j'me suis dit bon ça doit être un kyste pour le moment pas d'inquiétudes etc... et donc je commençais à avoir mal. Ensuite ça c'est heu.... Le mal est parti un peu donc j'ai vécu on va dire la fin du mois d'octobre et début de mois de novembre bah tranquille comme d'habitude j'étais un peu plus fatigué et tout mais j'ai pas fait le lien en fait.

C : d'accord

P : et donc après heu bah mi-novembre j'étais en stage et j'suis allée chez mon ancien employeur donc je connaissais mais bon j'travaille à carrefour et donc c'est un métier assez fatiguant et physique et heu j'arrivais plus à suivre le rythme donc j'me disais y a quelque chose qui cloche. Et surtout que la mal a repris et en fait c'était de plus en plus gros et heu... mais j'arrivais même plus trop à marcher, j'suis en scooter, à plus prendre mon scooter j'avais vraiment vraiment mal à la testicule gauche et donc en fait là j'suis allé voir le médecin tout simplement. Bah de fil en aiguille j'ai fait médecin généraliste, échographie, urologue etc... le temps d'avoir un rdv chaque semaine... bah pour l'urologue vous avez pas rdv le lendemain donc... j'suis allé voir Pr Flam j'sais pas si vous connaissez c'est quelqu'un c'est le top du top des urologues quoi. Et donc à la clinique St Jean de Dieu à Duroc donc j'ai appris, j'me rappelle la date le 23 décembre donc juste avant Noël que j'avais un cancer des testicules en fait. Le 23 décembre j'l'ai appris, donc j'suis allé un matin, j'm'en rappelle, j'travaille l'après-midi, j'suis allé un

matin, et donc lui en une seconde déshabillé il m'a touché, examiné et 5 min après il m'a dit bah vous avez une tumeur du testicule gauche...

C : hum hum

P : donc moi une tumeur moi j'comprenais pas j'dis j'ai le cancer, oui c'est une tumeur maligne, c'est pas un kyste bénin quoi et heu donc après il m'a dit « écoutez pour l'instant vous inquiétez pas heu on va vous faire une ablation de la testicule gauche en fait et heu vous avez été pris assez rapidement bon vous devez l'avoir quand même depuis septembre donc c'est venu quand même assez rapide fin c'est pas assez rapide mais c'est pas trop trop dangereux quoi », ma vie n'était pas en jeu. Et heu donc moi en fait j'suis tombé de haut, on va dire en fait j'savais pas du tout ce que c'était en fait donc un cancer de base au début. J'ai ma grand-mère qu'est morte de ça mais heu j'la connaissais pas j'étais pas né encore. Et donc pour l'instant... bah j'suis rentré chez moi en pleurant tout simplement. Et j'me rappelle y'avait ma copine, ma sœur, mon père qu'était encore chez moi et on a pleuré tous ensemble en fait.

C : hum hum

P : et heu j'suis rentré, c'est la première fois que j'ai vu mon père pleurer j'me rappelle

C : oui....

P : choqué un peu donc bon, le père c'est toujours l'homme fort, j'me suis dit que j'étais quand même bien dans la merde. Heu moi j'suis plutôt rationnel donc j'me suis dit on va attendre les résultats les machins les trucs ça sert à rien ... mais à aucun moment j'ai pensé que j'allais mourir en fait.

C : d'accord....

P : aucun moment j'me suis dit tu vas crever ou quoique ce soit, j'ai dit bon écoute t'as le cancer à mon avis ça va être compliqué, j'avais surtout peur de la durée parce que je sais que le cancer ça dure longtemps mais je connaissais pas du tout la chimio, la radio... je savais pas du tout ce que c'était en fait

C : hum hum d'accord

P : voilà. Et secundo bah ce qui était un peu entre guillemet chiant c'est que c'était pendant les fêtes de Noël donc j'ai décidé de rien dire en fait

C : y'avait juste votre amie, votre père et votre sœur d'au courant ?

P : voilà pour l'instant qui étaient juste au courant, petit cocon familial on va dire.... Et donc bah j'ai appelé ma mère quand même parce que mes parents sont divorcés en fait donc j'ai appelé ma mère et j'lui ai dit donc ma mère est tombée des nues parce qu'elle est très inquiète heu ma mère en fait elle s'en doutait c'est elle qui m'a poussé à aller vite consulter. J'lui avais déjà parlé de mon mal de testicules etc. et donc elle s'en doutait un peu, elle m'avait dit bah parce que souvent c'est chez les jeunes et moi j'ai pas trop de chance avec les maladies donc voilà. Et donc j'ai décidé de ne rien dire

à tout le reste de ma famille. Et en fait j'me rappelle ce qui m'énervait c'est que ma sœur.... Moi j'vis avec ma sœur en fait mais la mon père vient dormir chez moi tous les mardis et donc c'était un mercredi forcément, un mercredi matin parce que mon père était chez moi et puis voilà. Et j'me rappelle en fait ce qui était embêtant c'est que ma sœur était rentrée la veille d'Erasmus 6 mois qu'on l'avait pas vu quoi et c'était un peu... la veille.... On était allé au resto, on avait fait la fiesta et compagnie quoi et donc ça tombait un peu.... Ça tombe jamais bien mais là c'était vraiment pas la période quoi. Ma sœur qui était rentrée plus Noël un jour après et j'ai passé les deux Noël, celui avec mon père et celui avec ma mère et heu... donc voilà les fêtes... bah au début quand on a un cancer en soi on est normal, juste on est plus fatigué quoi et j'me sentais plus... par contre c'était un peu en effet placebo mais de la savoir j'me sentais encore plus fatigué....

C : d'être encore plus fatigué....

P : ouais de se dire qu'on a un cancer bah j'avais un p'tit truc c'était que du mental ça. Donc qu'est-ce que j'ai fait, j'suis allé travailler la journée heu.... J'suis quand même allé travailler car ça m'a libéré l'esprit en fait. J'me suis dit écoute t'es comme un autre. Donc j'ai bossé le 23, j'ai appelé mon patron, j'lui ai dit que j'serai en retard et que j'lui expliquerai. Bon comme il me connaît très bien il me fait confiance. Puis j'lui ai expliqué en live donc tout le monde choqué... donc j'lui ai expliqué donc ça va être compliqué quoi que je vais pas pouvoir venir machin. Donc j'suis allé chez le médecin j'ai eu un arrêt maladie direct. Et j'ai arrêté de travailler le 24.

C : le 24 décembre

P : voilà donc je travaille plus depuis le 24 décembre. Et les cours j'ai arrêté avant, quand j'ai commencé le stage en fait au mois de novembre.

C : d'accord

P : donc voilà la période. Après donc.... J'ai eu rendez-vous avec l'urologue. Et là ... de ce rdv tout est parti, il s'est occupé de tout vraiment ça a été un amour ce type. Heu j'ai dû faire scanner tout le tralala quoi et donc mon opération, l'ablation j'me rappelle c'était le 11 janvier

C : d'accord

P : donc le 11 janvier on m'a enlevé un testicule, donc la gauche, et de cela j'suis resté un jour à l'hôpital après j'suis rentrée chez moi heu.... J'avais heu une piqure par jour, pas mal de médicaments etc. quoi

C : mmm

P : donc cette période, cette période, bah cette période comment je la vivais....

C : oui comment vous l'avez traversé cette période ?

P : plutôt bien en fait, j'suis quelqu'un de comment dire j'suis toujours... j'suis assez sportif heu j'ai un peu l'esprit j'vais me battre, j'vais au combat etc. et puis cette période en fait on réalise pas, j'fais.... Même moi au jour d'aujourd'hui j'vais toujours faire un peu semblant de ne pas réaliser.

C : d'accord

P : j'ai toujours fait un petit peu semblant ouais de... de faire comme si... j'avais envie d'être comme les autres et puis c'est simple aussi quand on a encore ses cheveux c'est plus simple. Donc j'avais encore mes cheveux j'avais pas le regard des autres, j'avais rien, j'me sentais comme un autre quoi

C : d'accord

P : et heu donc c'est pas forcément dur, et puis j'me suis dit surtout profite profite à fond avant d'être heu... d'être heu.... Donc j'ai fait la fête comme un fou j'ai.... j'ai fait pas mal de... 'fin j'voyais bien mes potes, ma copine, ma famille, j'faisais un peu tout quoi

C : mmm

P : tout à fond quoi 200%. J'étais entre guillemet 'fin j'étais pas en vacances mais j'travaillais pas donc j'avais beaucoup de temps pour moi.

C : mais ça quand vous dites que vous avez profité à fond, à 200% vous diriez que c'était nouveau pour vous de profiter, c'était dans un autre état d'esprit par rapport à avant ?

P : non mais j'ai essayé de faire le juste milieu, 'fin de voir vraiment tout le monde au maximum et de faire la fête un peu pour penser à rien parce que en sachant que j'allais pas la faire pendant un moment puis moi j'suis plutôt un fêtard après j'men fou au jour d'aujourd'hui.... Mais ouais essayer de profiter à fond de tous mes amis et de toute ma famille avant d'être entre guillemet sous chimiothérapie pour ne rien faire quoi.... Donc profiter à fond..... Après non.... Ouais plus parce que je faisais plus de sorties et puis profiter autant que de fois, j'suis toujours sorti.... D'ailleurs c'est à cause de ça que j'ai eu le cancer quasiment c'est sur

C : c'est-à-dire ? Vous pouvez m'expliquer un petit peu ce que vous venez de dire ?

P : bah en fait heu... la période de septembre machin c'est là où j'ai commencé à vraiment sortir beaucoup... Moi j'pense que.... 'fin mon cancer du moins a priori ce serait à cause d'une alimentation particulière.. j'pense pas avoir une alimentation désastreuse surtout que je fais beaucoup de sport donc je mange assez protéiné ou assez simple mais sans prendre de protéine ou de shaker ou n'importe quoi donc j'mange sans prendre... 'fin voilà j'fais un peu de muscu et du handball donc j'avais une alimentation totalement donc justement plus.... Une bonne hygiène de vie plutôt après mon hygiène de vie était malsaine sur mes sorties

C : c'est-à-dire

P : j'ai pris énormément de drogues dures en fait

C : c'est-à-dire qu'est-ce que vous avez pris ?

(P : faut pas que j'parle trop fort y a ma mère à côté..... j'vais ouvrir la fenêtre et vais parler à la fenêtre vous allez peut être pas trop m'entendre.....)

C : oui vous me disiez.....

P : bah en fait j'ai pris beaucoup de conneries heu.... Donc je dormais pas beaucoup etc..... j'ai fait pas mal de festivals et j'ai pas beaucoup dormis et j'terminais dans des états... j'étais pratiquement un légume. J'commençais ma soirée le vendredi soir et je m'arrêtais dimanche soir quoi

C : d'accord mais est-ce que vous pouvez me dire ce que vous avez pris comme drogues ?

P : j'ai pris, je prenais.... J'ai pas pris beaucoup de drogues j'prenais juste de l'ecstasy et de la coke

C : et vous fumiez du cannabis ?

P : ouais

C : ça ça a toujours été ?

P : ouais toujours été mais j'fume pas beaucoup, 'fin c'est vraiment.... Au lycée oui je fumais un peu plus parce que bon on est tous pris dedans et on se fait influencer quoi mais heu après dès que j'ai grandi entre guillemet un peu que j'ai passé ma crise d'adolescence vers 17 18 ans quoi j'fume beaucoup moins, j'fume régulièrement mais pas beaucoup et j'fume plus intelligemment en fait

C : c'est-à-dire ?

P : bah heu ça va être le soir vraiment tranquille, j'vais jamais fumer si je conduis après ou j'ai jamais fumé entre les cours tout simplement parce que après on est abruti pendant les cours ... j'fume le soir avant de me coucher ou quoique ce soit

C : et pendant vos sorties, y'avait une période vous me dites où vous êtes beaucoup sorti où vous avez pris des drogues est ce que y'avait beaucoup de place pour l'alcool ?

P : oh oui c'était tout ça ensemble

C : tout ça ensemble....

P : oui ensemble

C : et l'alcool ça a toujours été dans vos sorties ou particulièrement sur cette période ?

P : ouais non non j'suis un bon fêtard quand même, mais ça reste ça a toujours été festif j'ai jamais... j'ai jamais commencé à picoler la journée ou en me levant ou n'importe quand

C : mmm

P : c'est vraiment festif sauf que c'est festif ça veut dire que dès que j'vais sortir vraiment le soir après j'vous dis l'année dernière j'ai pas eu mon BTS par exemple parce que je sortais 5 soirs par semaine

C : Mmm... vous diriez que ça a eu quand même un impact sur votre scolarité ?

P : ouais ça a eu un impact, j'me suis calmé bah en fait.... comme j'ai quelques capacités j'ai toujours misé la dessus puis y'aura bien un jour où fallait que j'me prenne une claque. J'ai eu 9,64 à mon BTS en fait donc j'étais pas loin mais bon la claque je l'ai prise quand même donc j'me suis calmé en fait.

J'ai eu mon cancer bah là début septembre et en fait c'est depuis septembre que j'ai changé mon mode de vie

C : c'est-à-dire

P : heu... bah j'ai changé mon mode de vie, par exemple j'ai toujours fait du sport, c'est l'avantage que j'avais... on va dire que ça me régulait et puis c'est bien quoi mais j'ai changé ma vie depuis septembre parce que j'avais envie d'arrêter les conneries quoi tout simplement.... J'étais fatigué tout le temps, ça se passait pas bien avec ma copine, j'me suis pris un ultimatum donc ça m'a fait changer heu et puis j'étais fatigué, j'avais envie d'avoir mon BTS et j'trouvais que j'ai grandi tout simplement bah... y'a que le cons qui n'apprennent pas de leurs erreurs. Voilà j'ai fait des conneries, on a le droit de sortir mais faillait.... Trop de sorties quoi... j'étais dans un gouffre heu et voilà quoi. Trop de sorties, après on peut pas vivre, derrière on réussit rien quoi...

C : donc vous diriez que depuis que vous avez senti une certaine fatigue vous avez quand même diminué vos comportements au niveau de la consommation ?

P : ouais mais c'est pas forcément à cause de la fatigue au début.... Enfin si ça a été l'effet déclencheur. L'effet déclencheur c'est que j'arrivais plus à tenir debout, j'suis rentré de festival début septembre j'ai mis 3 semaines à m'en sortir.... Ouais pendant 2, 3 semaines j'avais des hallucinations

C : oui

P : j'arrivais pas à conduire mon scooter j'étais complètement, j'faisais des cauchemars, j'arrivais pas à dormir.... J'étais agressif.... Alors que c'est pas du tout moi

C : oui..... Et vous pensez que c'est vraiment du aux effets des prises des drogues dures ?

P : ouais bien sûr ! Ça et tout le reste.... Y a pas que ça mais le fait que j'ai pas beaucoup dormi au festival, j'dormais 2, 3 heures par nuit maximum j'me couchais à j'sais pas..... On commençait les soirées à 20h ça finissait à 17h le lendemain.... Voilà.... C'était du 20h de soirée d'affilé

C : mmm..... Et tout à l'heure vous me disiez que vous évoquiez l'hypothèse que peut être le cancer était arrivé après ça.... Vous faites un lien entre l'hygiène que vous aviez et le cancer ?

P : bah j'dis pas que c'est à cause de ça mais j'dis que bah quand on est fatigué de toute façon on est plus vulnérable quoi, c'est mon hypothèse on va dire.... Bah j'sais pas vous chopé un rhume vous êtes en pleine forme, vous avez fait du sport vous le choperais peut être pas que si vous êtes tout faible....

Y a plus de chance de le choper quoi

C : Mmm

P : donc j'me dis que.... C'est pas à cause de ça mais y a.... le côté j'devais être fébrile.... Ouais j'ai dû me choper ça... ouais y a un peu de ça quoi

C : d'accord

P : après la cause on la sait pas malheureusement pour mon cancer Heu j'peux pas la dire..... Et faut l'accepter et puis faut pas chercher à comprendre... à ce qui parait ce serait l'alimentation, je sais pas..... mais en tous cas tout ce que je sais c'est que ça m'est arrivé un moment où j'étais plus vulnérable

C : oui en tous cas c'est le sens que vous y mettez aujourd'hui vous peut être....

P : voilà ça m'est arrivé au moment où j'étais le plus vulnérable, souvent y a des côtés choc émotionnel, ça se passait pas bien avec ma copine, donc moi j'étais.... Ça fait longtemps que j'étais avec ma copine donc j'étais un peu troublé aussi.... on va dire. Donc j'avais un peu tout qui mettait retombé dessus au même moment, c'est la période quoi.... Où j'ai dû me chopper ça donc..... j'pense que c'est un peu lier ouais

C : d'accord.... Donc là aujourd'hui vos consommations à l'heure actuelle c'est complètement arrêté ?

P : depuis.... J'ai pas touché une goutte d'alcool depuis heu..... 3-4 mois

C : d'accord

P : pas touché une goutte d'alcool, j'ai dû fumer un petit peu quand j'étais en chambre à la première cure, et encore un petit peu j'ai dû faire une soirée quand j'étais encore en forme et voilà quoi

C : mmm

P : pour la consommation et pour tout le reste, le plus gros on va dire heu..... J'ai arrêté depuis longtemps. J'ai arrêté même bien avant le cancer.

C : Mmm... d'accord. Parce que là du coup vous êtes sous chimio ? Vous être encore en traitement ?

P : ouais, j'en ai finis une ce matin

C : mmm ce matin

P : à 10h

C : et quand vous dites que le cannabis, vous avez fumé alors beaucoup moins là actuellement avec la chimio, c'est au niveau des effets de la chimio.... Comment vous l'expliquez ?

P : c'est aussi.... J'ai même arrêté la clope...

C : vous avez aussi arrêté le tabac.....

P : ouais ouais... j'ai arrêté c'est-à-dire que après j'vais fumer une clope de temps en temps Pour pas vous cacher j'fume p'tet une clope de temps en temps... aujourd'hui j'ai pas fumé, hier j'ai pas fumé par exemple, avant-hier j'ai pas fumé. J'dois fumer 5 clopes par semaine....

C : d'accord, actuellement là pendant la chimio ?

P : depuis heu.... J'ai réduis ma consommation depuis que je sais que j'ai le cancer

C : d'accord

P : j'ai vraiment réduis depuis... que les médecins m'ont dit tout simplement..... De 1 j'ai pas envie de fumé parce que je suis malade et j'suis pas bien de 2 c'est pas bon pour la chimio.... J'ai pas envie de me chopper un cancer du poumon à 60 piges.... Donc voila

C : ce sont les médecins qui vous on dit que c'était pas très bon ?

P : ouais... puis même dans tous les cas c'est bon. Et puis entre guillemet ça vous donne tellement une force mentale le cancer qu'on peut faire un peu c'qu'on veut

C : c'est-à-dire une force mentale ?

P : bah moi ça m'a décuplé ma force, maintenant j'suis comme du roc, ça m'a rendu plus fort quoi

C : est-ce que vous pouvez m'expliquer un petit peu plus....

P : bah j'vais vous raconter la période de mes cures, si vous voulez j'vous raconte, après quand j'ai commencé la chimio, vous voulez que j'vous raconte après quand j'ai commencé la chimio ?

C : oui expliquez-moi la période des traitements, comment vous l'avez vécu....

P : ouais. Alors j'ai commencé, donc j'me suis fait opérer le 11... y a deux semaines à peu près dans ma ville, donc ça dû être fin janvier, heu donc j'ai appris que j'avais.... Y a 4 cancer possibles, j'avais le pire des 4 en fait donc p'tit coup au moral... pour les jeunes de mon âge, 20 21 ans c'était quasi sûr que j'avais celui-là en fait.... 90% des cas. Donc après j'ai fait un scanner, donc moi j'étais eu stade 2. Y a 3 stades, ça s'est développé dans mon abdomen mais pas au-dessus. C'était localisé entre les testicules et mon abdomen voilà... heu..... Et c'était le moment où j'avais une prothèse aussi, donc j'ai un faux testicule, une prothèse, donc au début ça fait un peu mal le temps que ça se mette bien à sa place.... Euh... et donc voilà. Et donc après j'avais rdv avec mon oncologue qui s'appelle Dr B un lundi j'm'en rappelle... heu donc il m'a dit « t'es un stade 2 t'es au machin t'es truc » j'passe un peu dessus. Et donc le vendredi même de cette semaine, il m'a posé un cathéter, j'sais pas si vous voyez ce que c'est.... ?

C : oui

P : donc voilà on m'a posé un cathéter central droit au niveau de l'épaule, je l'ai juste sous l'épaule mon cathéter.... Alors j'sais pas pourquoi cette opération m'a fait super mal... parce que c'était en local, et heu j'ai flippé à mort je ne sais pas pourquoi... le cathéter c'était vraiment une étape à franchir qui était très douloureuse pour moi..... Pour la plupart des gens y a pas de problèmes moi ça m'a fait super mal, je sais pas pourquoi alors je suis pas forcément hyper douillé.... Mais bon ça m'a marqué quoi. Mais bon heureusement que ça dure une demi-heure quoi.... Donc après fini et en fait j'ai commencé le lundi même.... Le vendredi le cathéter et le lundi juste après.....

C : la chimio.....

P : voilà.... Et moi mon protocole c'est BEP... et donc le BEP c'est Bléomycine, Etoposide et Cisplatine donc c'est le nom des 3 chimios

C : Mumm

P : heu.... Donc en fait mon protocole c'est des cures de 3 semaines. C'est donc le premier 1 le J1 je suis à l'hôpital jusqu'au samedi, donc je fais du lundi au samedi à l'hôpital donc je sors la samedi soir, j'rentre chez moi et donc le premier lundi c'est le J8 je vais en hôpital de jour pour prendre la Bléomycine et le J15 aussi donc je retourne les deux lundis à l'hôpital de jour et le J21 c'est reparti pour.... C'est une autre cure en fait.... c'est reparti du lundi au samedi et J8 et J15... aujourd'hui c'est mon j15 par exemple, aujourd'hui c'est mon J15 de ma troisième cure.

C : Mmm

P : et heu..... C'qui s'est passé, alors première cure, bon heu.... Première cure donc j'arrive le lundi.... Etat d'esprit gonflé à bloc mais très curieux quoi... donc je savais pas tout c'qui allait m'arriver. Donc j'arrive avec ma valise toute gentille donc moi heu.... J'suis à l'Institut Curie en AJA heu en fait c'est qu'y a une unité spéciale jeune donc en fait on est que entre jeune, entre moins de 25 ans. Donc c'est super, l'ambiance est vraiment super par contre ils ont fait un truc ! Déjà on est tout seul dans la chambre, ça change.... Chaque chambre est individuel et heu les jeunes..... donc on est que entre jeune.... Donc après chacun décor ça chambre, on se rencontre tous et donc ma première cure bah ça c'est plutôt très très bien passé, déjà j'avais toujours mes cheveux pour commencer et puis bon on résiste bien, puis comme j'veous dis j'suis sportif machin j'avais bien mangé avant heu.... j'avais changé.... j'ai fait plein de sports, j'suis arrivé vraiment en forme... donc première cure on va dire que ça m'a pas trop affaibli, après le problème c'est les nausées quoi, déjà ça a commencé..... le gros problème du BEP c'est que c'est un protocole assez lourd c'est rapide mais c'est très lourd parce que le platine et le platine c'est..... Les nausées j'veous raconte pas..... C'est vraiment..... C'est permanent en fait c'est ça qu'est chiant c'est qu'c'est tout le temps tout le temps.... Y a jamais un moment de répit en fait quoi mais bon la première cure j'l'ai plutôt bien assumé heu.... Donc voilà et en fait on est hyper bien entouré parce que la bas on a des psychologues, on a des.... Bah j'voyais justement une personne pour le tabac donc j'sais pas comment on dit j'ai peur de dire une bêtise....

C : un addictologue ?

P : voilà... heu..... Y a une animatrice, y a une salle de jeu avec une Play station tous les films à votre disposition, vous avez un frigo même dans votre chambre, une p'tite douche... Donc voilà heu.... la bouffe est plutôt bonne, enfin c'est bien.... Le service est vraiment super super ! On a tout le temps des activités..... Le lundi mardi par exemple c'est dessin, le mardi soir y a un groupe qui vient qui s'appelle « on est là » c'est une association qui vient.... c'est des anciens malades du cancer pour qu'on parle. Heu le mercredi soirée crêpe, le jeudi.... C'est tout le temps chaque semaine.... Non le jeudi soir c'est soirée crêpe ! Le mercredi y a des musiciens qui viennent, par exemple là le dernier musicien qui vient, j'connaissais pas non plus, c'est Slimane de The Voice qu'est venu là....

C : d'accord

P : voilà par exemple.... Il est venu, il va surement gagner The Voice d'ailleurs, il est venu bah chanter avec nous machin.... Euh.... et puis donc y a pleins d'activités, y a magie, y a un magicien qu'est venu, y a d'autres associations qui viennent, tout le temps occupé ! Et en fait le fait d'être occupé ça, déjà ça rassemble tout le monde, ça permet que le temps passe plus vite donc on se soucie moins de notre maladie, c'est vraiment super...

C : vous diriez que ça vous a aidé d'être autant occupé ?

P : ouais ça m'a aidé, j'ai eu beaucoup de visites moi aussi... y a tous mes amis qui venaient me voir, ma famille, ma copine, ma copine elle est venue, tous les jours de chaque cure

C : d'accord

P : heu.... et la première cure, en fait moi le problème c'est que le lundi mardi mercredi jeudi j'suis en forme, et le vendredi samedi c'est désastreux.... J'ai ma chimio qui commencent à m'atteindre donc je bouge pas de ma chambre heu.... et y a un seul truc qui est horrible, qui est très très dur c'est qu'avec mon protocole, comme on a beaucoup de médicaments, moi j'suis sous corticoïde tout le temps, impossible de dormir... si je dois nommer la pire difficulté de mon cancer encore aujourd'hui impossible de dormir, donc fatigue extrême mais extrême extrême.... En deux mots j'dirai : impossible de dormir et nausées, insupportable. Voilà, c'est vraiment les deux points clé du protocole.... Donc voilà après j'suis rentré chez moi le samedi, tout allait bien puis après mes cheveux sont tombés, deux semaines après.... Ça fait quand même un choc même pour un homme... ça fait quand même un choc, c'est à partir de ce moment qu'on se sent malade...

C : vous diriez que vous vous êtes senti malade au moment où vous avez perdu vos cheveux...

P : bah on se sent un peu.... Moi j'l'ai très bien pris, même j'envoyé des vidéos à mes potes où je j'm'enlevais les poils, où j'enlevais les cheveux et ça fait mal bizarrement en fait de perdre ses cheveux...

C : c'est-à-dire

P : c'est douloureux, c'est-à-dire ça pique, donc moi j'me suis rasé les cheveux j'ai pas cherché.... J'ai les cheveux très courts de base donc ça a pas fait une grande différence. J'ai perdu ma barbe aussi, j'ai une grosse barbe normalement, la barbe ça n'a vraiment pas été dur pour moi, c'était pas une étape dur de mon cancer. J'me suis dit, le seul truc qu'est dur c'est le regard des gens en fait... les gens regardent... on se sent différent quoi, c'est ça qui est dur en fait on va dire.

C : ça c'est ce que vous avez traversé au cours de la deuxième cure ?

P : ça c'est la fin de la première cure, j'ai dû perdre mes cheveux entre le j8 et le j15, c'est assez vite au bout de deux semaines.... Au bout de 2 3 semaines c'est bon y a plus rien... mais j'étais encore.... C'est-à-dire qu'au j8 au dimanche la première semaine j'suis toujours dans le pâtes et la troisième

semaine à partir de mon j15 donc à partir d'aujourd'hui par exemple, j'commence à sortir la tête de l'eau un peu. C'est-à-dire que demain j'vais prendre un café en bas de chez moi avec une amie, ou heu... à la première cure j'étais en forme en forme, j'allais au cinéma, j'suis même sortie le dernier vendredi et samedi soir, j'suis même sorti avec mon pote, bon sans alcool sans rien sans consommation mais j'suis sorti jusqu'à 5h du mat à Paris, comme j'faisais avant....

C : Mmm

P : et après j'ai attaqué la deuxième cure, donc j'suis arrivé en forme.... deuxième cure, la deuxième cure donc là c'est..... pour n'importe quelle personne qui a le cancer vous dira que la deuxième cure alors c'est..... Tu passes du tout à rien.... La deuxième cure c'est horrible vraiment, c'est une cure atroce, les premiers jours lundi mardi mercredi jeudi ça allait, et à partir vendredi jusqu'à mon j21 de ma troisième cure, impossible de sortir la tête de l'eau, nausées, heu... en plus en fait ça vous transforme, la chimio c'est tellement.... Ça atteint votre cerveaux, ça atteint tellement... en j'ai l'impression que j'suis pas la même personne qu'avant

C : Mmm... Qu'est-ce qui vous fait dire ça ? Les effets secondaires...

P : ouais..... J'peux vous en citer tellement des effets secondaires... j'ai une désensibilisation des doigts, et de la tête, je sens plus le bout de mes doigts heu....j'ai des problèmes aux oreilles, j'ai des acouphènes chaque jour.... Pendant ma deuxième cure j'ai rien entendu d'une oreille pendant 2 jours.... On a pas de goût, c'est-à-dire que je mange un burger ou des carottes j'ai le même gout dans la bouche. C'est dur, on n'y pense pas, mais c'est dur de pas avoir de goût. Euh.... j'ai des constipations j'vous raconte pas, des mals aux fesses, insupportable.... J'ai des crampes d'estomac, des nausées, j'vomis une à deux fois par jours. Bon on s'habitue mais au début c'est vraiment dur.... Et surtout que le fait de vomir on se sent pas soulagé après, on est bourré on vomit on se sent soulagé, y a un truc qu'est sorti..... On va dire la mauvaise chose qu'est sortie de notre corps... ou une intoxication alimentaire mais là vous vomissez et vous avez même envie de vomir après, donc c'est vraiment insupportable... heu.... j'ai toujours tenu le choc, j'ai jamais baissé les bras j'ai toujours été.... En fait j'ai eu ma voisine de chambre qu'est morte pendant la deuxième cure, c'est mon appuie ma meilleure amie en fait à l'hôpital et en fait depuis ce jour-là ça m'a donné encore plus de forces en fait...

C : Mmm

P : donc dès que je vais pas bien j'me dis qu'il y a pire que moi en fait... j'ai eu des envies de suicide j'ai eu..... Mais bon c'est dans la tête de tout le monde, mais vraiment 30 secondes... j'ai eu des envies de suicide comme tout le monde qu'a le cancer. J'ai jamais vu ma mort, j'me suis toujours dit c'est hors de question....encore aujourd'hui... C'est hors de question que je meurs, j'ai encore trop de trucs à faire, j'ai trop de force pour me battre, et j'pense que ça a joué dans ma guérison ça aussi... c'est ce que les médecins m'ont dit, j'ai toujours été un battant et j'le serai toujours quoiqu'il arrive et pourtant

j'ai touché le fond vraiment....y a des moments..... J'vous dis c'est... y a des fois.... On fait 10 soirs d'affilé, en fait les nuits.... L'ennemie c'est la nuit vraiment...

C : c'est-à-dire ?

P : mon ennemie moi c'est la nuit, c'est-à-dire que la nuit.... J'sais pas pourquoi... la nuit c'est là où tous les effets secondaires qui ressortent... impossible de dormir, et donc c'est.... On passe des soirées aux toilettes, à vomir à s'morfonde, à machin.... Et comme on fait pas d'activité, y a tout le monde qui dort, moins on fait quelque chose plus on s'morfonde... c'est dur, c'est compliqué quoi.... J'sais plus quoi faire, on avait tout essayé sur moi, les médicaments, les machins, les trucs, j'ai pris des médicaments tellement fort qui m'shooté, j'savais même plus mon prénom... heu.... mais bon j'me disais ça va le faire ça va le faire, j'ai jamais baissé les bras, j'pense que c'est ce qui a marché dans ma guérison aussi...

C : Mmm

P : donc la deuxième cure très.... J'en garde un très mauvais souvenir... et heu... très très mauvais souvenir mais toujours mental d'acier par contre... vraiment j'ai jamais faibli par rapport à ça et donc après j'ai commencé ma troisième cure un peu dans le pâté.... Et oui ma deuxième cure j'ai fait un truc qui m'a.... c'est que j'ai quand même fait mon dossier par rapport à mon BTS. J'ai pris les dernières ressources que j'avais.... J'suis quand même assez fier de moi là-dessus... c'est que ma deuxième cure, alors que j'étais dans un sale état j'suis allé bosser en fait, pendant une semaine j'suis allé à mon travail.... Et chaque jour en fait j'ai fait mon dossier, c'est une sorte de petit mémoire à faire pour mon BTS donc j'ai fini ça pour pouvoir me dire écoute pas de.... J'me suis rattaché à mon BTS et j'me suis dit pas de regret, j'pense pas l'avoir mais au moins j'essaye quoi.... Donc j'avais pas envie d'avoir de regret donc j'l'ai fait, ça m'a énormément fatigué alors que j'étais fatigué aussi.... Je me levais tous les jours à 8h et je rentrais chez moi à 20h.... sauf que bon quand vous avez un cancer c'est impossible de tenir quoi.... Donc j'ai fait ça une semaine, j'étais quand même fier de moi.... Donc j'suis arrivé à ma troisième cure donc c'était y a deux semaines, y a pas très longtemps, et la troisième cure, alors à l'hôpital ça s'est plutôt bien passé. Parce que j'ai retrouvé un ami qui était là en même temps que moi donc on a passé la semaine ensemble.... par contre la troisième cure c'est très très bizarre parce que en fait moi au bout d'un moment y a les médecins qui sont venus me voir et en fait ils m'ont dit, bon lundi prochain... là j'fais un bilan cette semaine et lundi prochain j'ai mon rdv bilan avec mon docteur, mon oncologue et heu... j'vais savoir en fait j'vais savoir lundi prochain si j'suis en rémission ou pas.... Voilà donc... a priori... vous voyez ce que c'est les marqueurs ?

C : oui

P : ok, donc au milieu de ma deuxième cure..... J'ai commencé à 148, déjà à ma première cure j'suis tombé à 17 et deuxième cure j'étais déjà en négatif à 3,5..... Donc heu.... là j'refais des marqueurs, j'le fais mercredi donc a priori ça devrait être encore moins ou toujours à 3,5..... Que....si j'avais fini à la deuxième cure, donc la preuve que..... Ah oui j'avais oublié de dire ça ! Ça quand on vous dit que vous avez 3,5 au milieu de la deuxième cure ça vous remonte le moral quoi ! Donc ça aussi les résultats positifs ça a été une source de force pour moi quoi... une source de.... La famille.... Vraiment... moi qui suis déterminé, en plus j'ai eu de la chance vu que j'suis un peu un loup solitaire, j'aime bien être seul....

C : Mmm

P : donc j'refléchis beaucoup... heu... j'ai appris à m'amuser seul... pas à m'amuser seul mais j'ai appris à vivre seul en fait. Donc, j'suis enfin indépendant donc ça ça m'a donné... ça ça aide pour le cancer de....voilà de... d'être fier de soi, de savoir ses limites etc. quoi... donc voilà.... Et donc les marqueurs, quand vous avez de bonnes nouvelles vous savez que vous ne vous battez pas pour rien donc ça fait plaisir hein.... Bah j'me battais pour ma survie tout simplement. Et heu.... et la troisième cure en fait bah là c'qui est très dur c'est mentalement, j'sais pas pourquoi j'ai une p'tite déprime, j'ai un coup sur le moral depuis la troisième cure.

C : vous pourriez me dire comment ça s'est passé ?

P : bah en fait j'suis sorti samedi et le fait de savoir inconsciemment... en fait j'm'intéresse beaucoup à l'inconscient et aux choses comme ça moi, j'refléchis beaucoup à ça Et en fait la chimio c'est tellement des produits lourds que ça atteint tout.... physique, votre mental ça atteint tout et l'humain est très complet quoi, j'vais passer pour un taré mais je sais pas comment expliquer mais la chimio ça atteint tout en fait.... c'est tellement puissant tellement chimique, que.... Vous êtes tellement mal que.... Moi j'commençais à parler tout seul par exemple. J'ai l'impression de devenir fou en fait, j'ai commencé à parler tout seul dans ma douche à m'dire, pour m'motiver, mais vraiment à parler tout seul j'parlais de moi à la troisième personne, j'me disais « Axel..... » comme gollum dans le seigneur des anneaux un peu schizophrène quoi.... Euh... j'sais pas comment expliquer mais j'ai une baisse de moral d'un coup, pas plus envie de me battre mais le fait de savoir, c'est ça le pire, j'en ai parlé à pas mal de personnes qui ont eu le cancer en fait, c'est l'après chimio entre guillemet qui est le plus dur parce que le fait de savoir qu'on va être guéri on baisse la garde...

C : c'est-à-dire baisser la garde ?

P : j'ai changé de mentalité en fait heu.... ma deuxième cure j'étais.... Quand vous savez pas quand vous allez sortir vous vous battez à fond, 200% vous voulez que ça arrive vite, bam... on s'bat, j'étais patient dans ma tête. Alors moi mon plus gros défaut c'est qu'je suis très très impatient et impulsif, donc heu... en fait j'avais appris à être patient.... C'est-à-dire que je regardais pas l'heure, j'me disais

« bon écoute ça avance ça avance à son rythme tranquille de toutes façons t'as pas le choix c'est comme ça tu dois faire 3 cure ». Arrivé à la troisième cure quand on sort le samedi de la troisième cure on sort on s'est dit « ouais c'est enfin fini quoi »... c'est l'fait de se dire « enfin fini » j'redormirai plus à l'hôpital bah en fait ça déclenche quelque chose d'inconscient j'sais pas ce qu'y a déclenché chez moi mais heu... j'sais pas comment expliquer, du jour au lendemain j'étais un peu déprimé quoi...

C : mais vous diriez que c'était parce que vous étiez dans la troisième cure et que vous touchiez un peu à la fin ?

P : ouais, j'aurai fait 4 cures j'aurai pas été comme ça au jour d'aujourd'hui. Par exemple la troisième cure ça aurait été dure mais j'aurai été toujours patient, mais là j'arrive de moins en moins à dormir et je vois le bout en fait....

C : d'accord

P : C'est comme.... quand on est au milieu du tunnel on avance on avance.... On s'en fou.... Là j'vois la fin en fait, j'vois la lumière du tunnel donc j'ai envie de courir.... En fait c'est ça le truc c'est exactement ça comme métaphore, j'ai envie de courir, mais ça sert à rien de courir parce qu'on peut pas courir, toujours que je marche à la même allure, et que ça arrivera quand ça arrivera en fait. On a envie de courir et le fait de courir et de se précipiter bah vous arrivez pas à dormir parce que j'ai envie que ça aille le plus vite possible. J'ai baissé ma garde justement.... Parce qu'en courant j'regarde pas à côté à droite à gauche on va dire, donc j'fonce tout droit comme un con. Euh.... j'sais pas comment expliquer, ouais j'ai une baisse de moral quoi....

C : mais du coup vous diriez que le moral d'acier que vous aviez au départ vous ne l'avez plus actuellement ?

P : non j'l'ai plus..... J'ai un mental de cuivre voilà (rire). Et j'suis toujours dans le même état d'esprit mais avec moins de convictions, de.... Moins.... Moins déterminé que la deuxième cure. Un peu comme si là j'attends... j'sais j'suis un peu ouais.... Ouais.... Un autre regard différent, j'suis plus vraiment... j'étais vraiment toujours j'me disais toujours dans ma tête « allé Axel vas-y vas-y tu vas le défoncer ce cancer » vraiment tous les jours j'étais comme ça... là j'suis plus..... J'attends passif, là j'suis plus.... J'ai envie de rien en fait.

C : vous diriez que c'est parce que vous approchez la fin de la chimio....

P : ouais... ça se joue au dernier moment et peut être que.... Et aussi le fait que la troisième cure bah c'est de plus en plus dur aussi hein...faut pas s'mentir hein, chaque cure ça vous met un coup physique... c'est-à-dire que bon... moi j'ai pas marché plus d'un km depuis 3 mois hein....donc heu... j'ai mal aux jambes, et compagnie.... 'fin... un peu déprimé parce que bon..... là il commence à faire beau... 'fin y a un peu tout qui fait aussi.... Voilà quoi... puis on fait rien quoi.

C : Mmm

P : c'est pas une vie la chimio, franchement c'est pas une vie. Ceux qui font ça.... Moi j'vais p'tet être guéri, moi mon problème c'est.... Le BEP il est rapide et c'est très très dur, parce que bon 3 chimio par jour c'est compliqué quoi... alors qu'il y a des gens à l'hôpital qui en font une tous les deux jours et le platine est très très très dur à assumer, le cysplatine c'est vraiment.... C'était mon ennemi numéro 1, dès qu'il arrive j'avais peur, dès qu'il arrive... deux secondes après les nausées s'est parties directe.... C'était crampes d'estomac et compagnie, c'était vraiment compliqué quoi....et ouais on baisse la garde on est plus fatigué, et comme on voit le bout y a le côté ouais on fait plus trop attention quoi... en fait j'en ai marre, j'en ai marre, j'ai envie... là vraiment j'en ai ma claque en fait. J'arrive un moment où.... C'est ça le truc, j'ai envie de rien j'en ai ma claque si j'pouvais dormir un mois, j'dormirai un mois quoi. J'me réveillerai dans un mois.... Ma vie elle sert à rien en ce moment.

C : MmmVous êtes très fatigué....

P : ah mais c'est une grande fatigue.... J'arrive même pas à dormir c'est ça le problème, là j'commence à sortir la tête de l'eau depuis 1 ou 2 jours, j'prends un somnifère chaque soir j'ai jamais pris de somnifère de ma vie. Voilà...j'm'aide à dormir, sans ça j'pourrais pas dormir... j'ai pas de sommeil profond, j'fais des cauchemars, j'ai pas un bon sommeil alors que j'ai jamais eu de problèmes.... Moi j'suis plutôt... j'peux m'endormir un peu partout normalement.... La deuxième cure j'arrivais quand à même à dormir un peu plus, la première aussi.... Là c'est un peu le côté c'est la fin et on baisse les bras et on en a marre. Mais en fait c'est pareil pour tout le monde...

C : en l'évoquant autour des gens que vous avez rencontré, c'est un peu ce qui ressort....

P : ouais c'est quand.... Quand on arrive au début de la rémission et de la fin.... On baisse un peu les bras et on en marre quoi tout simplement. J'ai envie de retrouver ma vie normale quoi... j'commence à en avoir marre de vomir tout le temps, de machin de truc.... J'en ai ma claque voilà en une expression, j'en ai simplement marre...

C : d'accord.... Quand vous dites que vous aimeriez retourner dans votre vie normale, comment vous imaginez l'après-traitement ?

P : bah.... Ça change.... Vous prenez ça comme maturité avec un cancer.... C'est hallucinant ça change la vision du monde quoi, on fait plus attention aux autres.... En fait quand on est malade comme ça faut apprendre aussi, moi qui était assez indépendant justement heu.... faut apprendre à se laisser faire aider, c'est dur au début, quand vous vous faites pipi dessus et que des gens doivent vous nettoyer c'est assez dur au début.... A 20ans.... Euh.... à se laisser faire quoi, à se laisser assumer... c'est dur de... d'appeler quelqu'un parce qu'on s'est vomi dessus... enfin bref c'est assez compliqué mentalement au début d'accepter toutes ces choses-là en fait.... le fait d'être dépendant des autres, de pas pouvoir faire les choses tout seul quoi. Moi ça fait longtemps que j'habite tout seul, là j'suis rentré chez ma mère quoi.... Ça fait 6 mois que j'habite chez ma mère heu.... Après... ah oui j'vous ai pas

parlé de ça aussi, bien sûr pour couronner le tout... j'ai appris y a deux semaines que ma mère a un cancer en fait...

C : Mmm... d'accord.....

P : donc.... Euh.... on est deux à la maison, donc elle a un cancer du sein... elle est traitée à l'Institut Curie donc ça aussi ça a été... en fait le jour où j'ai appris que j'avais 3.5 de marqueur, j'm'en souviens je sautais de joie etc... j'ai dit à tout le monde... j'évite de le dire aux autres patients parce que ça.....

C'est pas que ça... c'est pas qu'on jalouse mais quand y'a des gens qui partent, vaut mieux se taire quand on va s'en sortir quoi. Parce que après ceux qui vont mourir ou ceux qui sont condamnés ça leur fait pas forcément plaisir d'entendre ça

C : Mmm...

P : donc heu... moi j'me tais j'le dis juste au médecin et bah j'ai appris le lendemain, ma mère me l'avait caché pour pas que je m'inquiète... donc ma mère a un cancer du sein ouais, donc ça ça a été une nouvelle assez dur à accepter... j'accepte vite les choses mais bon un moment j'me suis dit c'est un peu une injustice, un moment où est la justice quoi.... Ça commence à faire un peu beaucoup, déjà un à gérer alors que j'suis venu chez ma mère, en plus faut qu'elle s'occupe de moi... donc là ma mère elle est à un stade où mercredi dernier elle s'est fait opérée du sein, donc comme moi j'avais fait dans l'attente de l'analyse de la tumeur quoi donc on saura vraiment le 20 avril. Donc ça va être une phase un peu compliqué parce que moi le problème qui s'élève c'est que deux d'un coup ça fait beaucoup quoi

C : Mmm

P : moi j'ai pas eu le temps de souffler quoi... c'est un enchaînement quoi, j'suis même pas guéri que j'dois m'occuper de ma mère quoi. Ça a été un gros coup pour le moral, ça a été assez dur... pour toute la famille ouais. Après j'ai d'la chance d'avoir du tempérament en fait, le problème c'est que j'aimerais bien aider ma mère mais j'peux pas quoi. J'ai pas encore là.....

C : Mmm

P : j'ai pas encore la force nécessaire, j'ai l'envie mais j'ai pas la force nécessaire pour pouvoir aider ma mère donc ça fait un peu beaucoup d'un coup. C'est compliqué dans un foyer donc j'espère que ça va bien se passer, j'croise les doigts aussi puis une autre chose aussi qui pourrait vous intéresser.....

On va dire j'suis redevenu croyant en fait

C : mmm... racontez moi

P : j'me suis dit que ça pourrait être intéressant de le dire. Moi j'suis catholique de base, plutôt croyant mais pas pratiquant. Et puis, on arrive tellement dans des états.... Franchement j'pensais pas... si on m'avait dit avant, heureusement qu'on m'a pas dit ce qu'était la chimio j'aurais pas signé le contrat vraiment. J'suis arrivé j'savais pas, heureusement j'savais pas ce que c'était, donc j'suis rentré en plein

dans le tas et chaque coup j'les ai assumé mais j'vous promets, j'vous jure que c'est horrible ! C'est une chose que je souhaite à personne même le pire des pédophiles ne mérite pas c'est une torture. Franchement vous avez un terroriste vous voulez le faire parler vous lui mettez 6 mois de chimio il va parler. A la fin du 6 mois il parle, vous lui mettez du platine tous les jours au bout de deux semaines il parle.... Tellement c'est dur, c'est une souffrance psychologique et bref j'me suis retourné vers Dieu en fait tout simplement, parce que c'était un peu mon dernier choix j'savais même plus vers où aller. Et j'ai commencé à prier pour moi mes amis malades, tout le monde, ma famille au maximum.... Donc j'suis pas allé à la messe ou quoique ce soit parce que moi j'trouve pratiquer.... On peut croire et pas pratiquer, j'suis juste baptisé, et voilà.... j'suis retourné un peu vers Dieu. Les moments où ça allait pas j'pensais soit à ma copine qui est décédée malheureusement, ou à Dieu pour me donner de la force quoi

C : vous diriez que ça vous a aidé ?

P : tout a aidé. Enfin moi j'vois j'essaie de donner du courage à tout le monde à tous mes.... Parce que moi j'ai un cancer on va dire qu'est quand même curable par rapport à d'autre. Donc c'est un cancer... en fait j'ai un protocole c'est ça qu'est bizarre, j'ai un des protocoles les plus durs mais j'ai un des cancers les moins pires... j'ai le cancer le plus curable quoi. Donc c'est ça qu'est bizarre la chimio n'est pas du tout adaptée, mes amis qui avaient des chimios.... Qui avaient des cancers on va dire plus grave que moi avaient des chimios moins lourdes donc étaient plus en état.... Donc c'est quand même ça que j'trouve bizarre en fait. Et par contre, j'essaie de donner du moral à tout la monde, y a des gens en fait qui..... Faut pas avoir peur en fait, vraiment ça c'est la pire des choses, la pire des choses c'est d'avoir peur, d'avoir peur des résultats, des machins... c'est simple à dire mais ça.... Donc j'essaie de donner du courage à tout le monde... y avait une fille qui a commencé sa chimio au bout d'un jour elle se sentait déjà pas bien j'lui ai dit « c'est pas possible » ; j'lui ai dit « au bout d'un jour tu la sens pas la chimio » j'me suis permis de lui dire ça parce qu'elle avait la même que moi après tout le monde réagit différemment et tout mais là j'lui dit « faut que t'arrêtes de te morfondre, de t'inquiéter parce que t'es mal partie quoi... si tu commences comme ça les premiers jours.... » J'lui dis « tu vomissais parce que.... » Elle vomissait parce qu'elle avait peur mais c'est possible de vomir même si on a de la platine le premier jour, le premier jour de la première cure on est en forme faut pas déconner non plus...

C : Mmm

P : même la première cure.... Après y en a qui réagissent différemment j'suis d'accord mais moi j'essaie de donner de la force, des conseils, de la force, parce que moi on m'en avait donné et ça m'avait aidé quoi. En fait j'essaie de reproduire le même schéma qui s'est passé pour moi quoi.

C : mmm

P : on m'a aidé, faut se laisser aider, ça sert à rien de..... Moi j'avais vraiment une mentalité de prétentieux avant, j'étais con, j'étais prétentieux, j'étais.... Comment dire j'disais « ouais j'vais m'en sortir, j'suis le plus fort » alors que que dalle, une cure ça te calme.... Au début par exemple, le premier jour en arrivant à l'hôpital on m'a dit « ça te dit de faire du dessin », déjà j'me suis marrer, n'importe quoi moi j'fais pas de dessin.... Complètement débile ! Et au final j'me suis ouvert à tout en fait.

C : vous diriez que c'est vraiment l'expérience de la maladie et des traitements qui vous ont permis de bouger au niveau des attitudes ?

P : ouais, un cancer ça transforme une personne, peu importe lequel..... C'est une étape de la vie, une des plus durs. Pour moi, depuis que je suis né, ça a été mon plus dur combat quoi. C'est mon plus dur combat encore aujourd'hui, j'ai jamais touché le fond pareil... vraiment on touche le fond et ça m'a montré à quel point, ça m'a fait redescendre dans mon estime, ça m'a montré à quel point j'suis comme tout le monde et que.... J'pense avoir de la force, j'ai eu de la force quand même pour résister comme ça j'ai eu de bons résultats etc. j'ai atteint des états où j'pensais que ma vie aller prendre fin, ou rêver entre guillemet de suicide.... Un moment j'en avais ma claque, j'me disais « plutôt crever quoi » et ça je sais que pour chaque personne qui a eu le cancer ça lui a traversé l'esprit. Les douleurs sont tellement fortes, c'est pas humain franchement la chimiothérapie c'est chimique, c'est vraiment de la merde quoi. Mais bon ça soigne, donc j'espère que les traitements à l'avenir, enfin la recherche qui évolue très très bien un moment que la chimio sera moins dur parce que c'est.... Ouais ça transforme une personne parce qu'en fait vous avez plus envie de vous plaindre pour un oui ou pour un non en fait tout simplement. Quand vous touchez le fond vous prenez la vie d'un autre côté maintenant si j'ai pas de ketchup chez moi pour mettre dans mes pâtes ben c'est pas grave. J'en fais pas tout un fromage, c'est pas grave la vie continue y a pire que ça.... Donc voilà c'est vraiment l'état d'esprit dans lequel je suis aujourd'hui quoi. J'm'énerve plus, maintenant dès que j'ai un problème avec ma copine ou un de mes amis j'lui dis « écoute on s'en fou », c'est pas grave. J'm'énerve pas pour une place dans le métro, j'm'énerve pas pour une connerie quoi en fait, on profite de la vie, y a pire en fait...

C : d'accord

P : c'est vraiment mon état d'esprit quoi, c'est quand même super quoi, ça a quand même des côtés positifs on va dire le cancer... c'est vraiment heu... et puis ça transforme une personne, on est beaucoup plus, on fait plus attention aux autres en fait, moi j'étais super solidaire avant mais on est encore plus solidaire vraiment, on a envie d'aider les autres, de machin, de faire partager son expérience pour aider justement les gens qui ne savent pas comme moi au début on sait pas ce que c'est, on a peur.... On a envie d'aider tout le monde on est beaucoup plus patient. Moi j'ai appris à être patient, ça m'a beaucoup aidé, à me dire « bon attend, c'est pas grave »... quand j'voulais quelque chose j'le voulais de suite, maintenant j'suis plus patient.... Ouais y a pleins de points positifs quand

même et puis on a envie de profiter de la vie parce que une rémission c'est pas une guérison donc on peut retomber quoi tout simplement... si j'dois mourir dans 5 ans, 3 ans, 4 ans j'en sais rien ou dans 6mois bah faut que j'profite à fond quoi.... J'mourrais en ayant profité quoi

C : Mmm

P : et puis si j'dois vivre toute ma vie j'profiterai d'autant plus après quoi. Mais j'ai complètement changé mon hygiène de vie, et je sais qu'après ce sera la même chose. J'me suis déterminé, y aura plus.... J'ai un peu plongé pour ça donc... et puis on a plus envie. J'ai réalisé que j'avais raté 4 mois de soirées, j'en ai rien à faire ! J'ai arrêté les soirées avec mes potes, j'en ai rien, strictement rien à faire... donc là c'est pour ça quand j'vais revenir avec mes potes que je vais retravailler etc. j'vais être beaucoup plus simple en fait tout simplement...

C : beaucoup plus...

P : simple. Plus de prise de tête, y a plus grave.... Je vais essayer de partir en voyage, changer mes centres d'intérêts, j'me suis remis à lire alors que j'suis pas du tout un lecteur. J'me suis remis à lire un peu, j'ai fait du dessin, j'me suis rendu compte que même si j'étais pas doué pour ça j'ai pris du plaisir..... J'ai pris du plaisir à dessiner grâce à l'hôpital parce que les premiers jours j'avais dit non et après j'me suis ouvert à tous, j'ai fait toutes les activités possibles ! J'me suis intéressé à la magie, j'ai découvert des gens supers, des autres personnes en fait qui ne sont pas de mon milieu... j'ai découvert ouais j'sais pas, la lecture, pleins de choses ça a changé ma perception du monde quoi... j'ai envie d'aider les gens, maintenant j'en sais plus par rapport à la maladie, chaque personne..... Par exemple j'sais que si j'suis retraité un jour j'ferai des choses peut être pour le cancer mais j'me mettrai en tant que bénévole pour aider les gens... voilà quoi. Là mon prochain gros voyage ce sera une mission humanitaire pour aider les gens. De toutes façon ça je l'aurai fait même si j'avais pas eu le cancer, c'était mon objectif.

C : peut-être que ça a appuyé votre désir de voyage....

P : exactement, là j'ai envie de m'amuser autrement, j'ai envie de voyager au lieu que de picoler comme un con et de faire le con, ça je mets vraiment une croix dessus pire que définitive. J'vais pas m'arrêter de boire parce que faut pas se priver non plus mais j'vais boire intelligemment. C'est le mot. J'vais reprendre le sport j'ai hâte ! Le sport ça me manque, en plus c'est grâce à ça que j'avais... ça me donne du mental, de la force physique. J'ai hâte de reprendre le sport tout simplement, j'en ai marre de ne rien faire alors c'est pour ça que j'dis que j'suis un peu déprimé, il fait beau..... j'ai envie d'aller à la plage, j'vais plutôt m'intéresser maintenant à des voyages, à ma famille à mes proches... j'vais être plus en mode restau que sorties maintenant si vous voyez ce que j'veux dire. En fait là j'ai appris pleins de choses, j'ai appris à ne pas sortir, j'ai appris à rien faire.... C'est super sympa ça repose quoi.... Avant j'étais toujours le vrai parisien, stressé, toujours à l'heure... enfin justement toujours en retard,

en speed quoi, j'étais toujours en speed, j'ai appris à me calmer, à m'apaiser.... Pas sortir, finalement si j dois pas sortir un week-end et rester chez moi tranquille à regarder un bon film bah j'vais regarder un bon film et super, ça me va très bien. Une hygiène de vie plus saine quoi.

C : d'accord

P : parce que j'ai plongé une fois, c'est hors de question que je replonge pour les mêmes bêtises, de 1 ça et de 2 j'ai grandi ça vous donne une maturité vraiment c'est-à-dire c'est exceptionnel. Et chaque personne qu'a eu un cancer est transformé, ça reste le même hein mais y a des choses qui ont changé quoi. Et puis j'ai hâte de gâter ma famille, de gâter ma copine quoi.... Qui ont été là pour moi quoi et j'ai envie de les remercier à fond et la première chose que je ferai dès que je saurai frais c'est de mettre de l'argent de côté pour inviter ma copine en voyage qui m'a beaucoup soutenu. Pour inviter ma famille en voyage, 'fin ma mère ça va être compliqué.. enfin j'vais tout faire, j'vais aider ma mère au maximum quitte à retourner chez elle pour m'occuper d'elle, parce que je sais que ça va être dur comme je sais ce que j'ai vécu, c'est ça qui m'fait peut en fait.... par rapport à ma mère, elle a pas les mêmes épaules, donc.... Ça va être un peu plus compliqué pour elle. A priori elle ferait que de la radiothérapie, la radiothérapie, c'est très très lourd, y a des douleurs mais bon le plus dur c'est vraiment les nausées. Puis si on peut éviter la chimiothérapie c'est tout gagnant. Donc voilà à peu près tout comment ça se passe, l'après chimio commence aujourd'hui, j'ai fait mon premier jour d'après chimio. J'suis dans l'optique voilà vraiment tous les gens qui m'ont aidé... j'les remercie et j'les remercie encore parce que c'est pas fini, d'ailleurs j'arrête pas de dire que c'est fini.... Vous voyez la mentalité dans laquelle je suis ? J'arrête pas de parler au passé, alors que pas du tout. Et le pire reste à venir quoi. L'après chimio ça va être la rééducation entre guillemet, c'est très très dur de se remettre dans le mouv' comme on dit.

C: Mmm

P : j'ai surtout hâte, je sais que ça va bien se passer, j'suis toujours confiant et positif, j'ai juste hâte de plus avoir de nausées vraiment, ça va être la première étape qui va me redonner le sourire mais d'une façon. Première étape, d'être fatigué c'est très dur c'est très très chiant mais les nausées c'est encore pire, depuis j're dors un petit peu, je lutte un peu mieux quand on est fatigué on est plus vulnérable que là j'arrive mieux à lutter. Par contre les nausées ça va être la première étape franchement super sympa j'ai hâte de... j'sais plus ce que c'est d'être normal (rire), c'est horrible j'me rappelle plus.... J'ai l'impression quand j'me regarde dans un miroir d'avoir toujours eu cette tête.... Plus jamais de cheveux, d'être comme vous par exemple, de me réveiller et d'être tranquille... un matin, m'étier, de me dire « j'vais passer une bonne journée », ne plus avoir de... ça vous prend le cerveau en fait, c'était très dur mentalement.... C'est plus dur mentalement que physiquement, physiquement c'est horrible, vous pleurez, vous pleurez de douleurs... la douleur physique est pour moi plus simple à tenir que la

douleur mentale. Parce que j'ai l'impression, ça vous rend bizarre en fait ça atteint... ça peut vous déprimer. J'suis une autre personne, la chimio ça vous rend une autre personne.... Vous êtes tellement malade, là j'le suis plus maintenant parce que j'arrive à dormir mais j'étais agressif, dès qu'on me parlait insultes, j'voulais qu'on me laisse tranquille machin... là j'arrive à prendre sur moi, alors voilà à partir du moment où vous arrivez à prendre sur vous ça va mais c'est con mais j'ai envie de me réveiller avec ma copine tranquille un jour....ma copine ça fait 6 mois qu'elle veut pas dormir sans moi par exemple parce que j'suis pas assez bien, j'ai envie de vomir, parce que j'ai mal à cause de mon cathéter, c'est tout bête hein.... Juste me réveiller un jour avoir bien dormi avec ma copine et puis voilà quoi faire un p'tit déj' normal tout simplement et me dire « bah écoute tout va bien quoi ». C'est tout j'ai juste hâte de ce moment-là. C'est pour ça que j'me bats.

C : d'accord

P : j'me bats pour des jours plus lumineux on va dire.

C : plus léger....

P : plus simple tout simplement. J'ai hâte de Je sais que, moi qui était une personne un peu compliqué qui s'prenait la tête, qui machin, qui truc, j'vais être beaucoup beaucoup beaucoup plus simple et ça je remercie le cancer, si y a bien une chose que je dois remercier c'est de m'avoir rendu.... On touche tellement le fond qu'on devient plus simple. Et ça vire tous les mauvais défauts en fait. Y a quand même des avantages dans le cancer on va dire.... Et puis si c'était à refaire j'le referai, tout ce que j'ai fait, j'referai exactement pareil, j'pense avoir bien fait.... voilà a peu près, j'suis une pipelette j'suis désolé !

C : eh bien, c'était très intéressant. Écoutez je crois qu'on a fait le tour. Je vous remercie.

5) Entretien de recherche Nora

C : on se rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma recherche, cet entretien permet d'approfondir un peu plus les questionnaires que vous avez rempli.

P : ok

C : alors, racontez moi un petit peu le parcours que vous avez au sein de l'institut curie, de la maladie....

P : j'ai commencé mon traitement le 17 août 2016, j'suis rentrée à l'IC on m'a posé le PAC et on a commencé la chimio 2 jours après. Donc je l'ai appris 1 mois avant, au mois de juillet, j'avais une boule qui avait poussé au niveau du thorax j'savais pas trop ce que c'était, je rentrais de vacances, on pensait plutôt à un hématome etc. j'suis partie voir mon médecin généraliste qui m'a absolument rien prescrit, qui m'a dit que c'était une côte qui s'était déplacée. Il m'a envoyé vers une kinésithérapeute

et une ostéopathe. Et donc ça a trainé pendant un mois avant que je sache que fallait que je fasse quelque chose vite parce que je me bagarrais avec mon copain en rigolant et il m'a poussé sur ma boule et là j'ai eu un vertige j'ai trouvé ça inquiétant donc j'suis partie voir mon oncle qui est cancérologue il m'a prescrit un scanner, que j'ai fait et au scanner il trouvait ça super bizarre donc il m'a envoyé faire des examens plus poussés et ensuite ils ont révélé, ils ont vu qu'il y avait des métastases et anomalies. Ensuite le lendemain je suis venue à l'institut curie car j'ai une amie de ma mère qui est médecin radiologue ici. Et du coup grâce à elle s'est allé assez vite j'ai fait le scanner le lendemain et là ils m'ont dit que à première vue le chef de service est sûr que c'était un lymphome de hodgkin, et donc après j'ai fait deux biopsies et le traitement a commencé le 17 août. Donc là c'est ma 4ème cure, il m'en reste 2 et normalement après ce devrait être fini. Parce que j'ai fait un scanner il y a un mois et j'ai répondu à plus de 50% au traitement donc il me reste 3 petites métastases mais qui ne fixent plus trop, qui sont plus trop actives. Donc c'est assez positif.

C : d'accord. et comment avez-vous vécu au niveau émotionnel et cognitif, des pensées... toute cette période ?

P : ça a été super dur ! Parce que moi faut savoir que j'étais doublante en médecine, j'ai passé le concours et j'ai été classée au premier semestre de cette année, j'étais arrivée 128ème sur 1200. Donc j'avais ma place en médecine, et donc au second semestre j'ai beaucoup moins bossé car je dormais énormément, pourtant j'étais toujours aussi motivée mais j'étais très fatiguée j'dormais jusqu'à 11h alors que normalement je me réveillais à 9h pour réviser. 2 heures en moins de cours, 2 heures de travail en moins par jour c'est énorme. J'ai perdu des places, j'en ai perdu 80 donc j'ai perdu ma place en médecine. Et quand j'ai appris ma maladie au début il m'a dit lymphome donc je savais que c'était cancer et tout donc j'me suis projetée, je savais que c'était chimiothérapie, plus de cheveux et tout. Mais j'ai eu plus de mal, enfin la première chose que j'ai dit au médecin « comment je vais faire pour ma P1 » ? J'pensais triplée mon année de médecine et la refaire directe. Il m'a dit que ce n'était pas possible qu'il fallait que j'attende un an. Du coup.... La maladie plus ça, ça fait beaucoup là. C'est-à-dire que j'serai passée en 2ème année j'aurai eu le cancer je l'aurai peut-être mieux vécu, un peu plus facilement mais là les 2...

C : donc là vous me parlez de votre projet professionnel bouleversé par la maladie...

P : ouais qui est mis en attente par la maladie... donc j'ai eu le droit de le repasser, donc je le repasse l'année prochaine parce que mon doyen a été sympa, il m'a autorisé le triplement l'année d'après mais normalement c'est interdit. Mais ça m'a.... voilà. Mais j'ai eu du mal à accepter d'attendre, et que ma

vie soit sur pause en fait pendant un an! En plus en faisant rien, en s'ennuyant, en ayant pas de cheveux et en étant malade....

C : vous vous êtes ennuyée ou encore aujourd'hui...

P : non je m'ennuie énormément !

C : qu'est-ce que ça veut dire du coup « vous vous ennuyez » qu'est-ce qu'il se passe en fait ?

P : c'est-à-dire que je ne fais absolument rien de la journée, je suis extrêmement fatiguée, et en fait je me rends compte... et tant mieux parce que c'est un bien la maladie parce que... enfin ça a un côté bien parce que avant j'étais super fainéante mais là j'ai envie de faire des choses, de travailler, d'aller à la bibliothèque alors qu'avant je m'en foutais un peu mais là... ça fait déjà deux mois et ça me fatigue. Voilà.

C : et quand vous dites que vous ne faites rien, c'est-à-dire, vous regardez la tv ou même pas....

P : je regarde pas souvent la tv parce que j'suis pas... j'suis souvent sur l'ordinateur du coup, du coup avec le formulaire vous verrez... j'suis souvent sur l'ordinateur mais... je fais rien, j'suis sur internet, j'regarde des séries, mais même ça ça m'ennuie.

C : et vous diriez que vous regardez davantage internet et des séries depuis la maladie ?

P : largement. Avant internet, quand j'étais au lycée ou quoi... j'me connectais 20min par soir sur les réseaux sociaux et faire des petites recherches mais là tous les jours ça me saoule ! J'ai pas trop de centre d'intérêt particulier, sur internet c'est restreint... j'regarde les habits ou comment faire pousser les cheveux plus vite, ou des séries mais sinon j'ai rien à faire.

C : vous regardez des choses particulièrement sur l'aspect esthétique par rapport à la maladie...

P : ouais pleins !

C : c'est-à-dire : sur YouTube, des blogs...

P : tout ! J'regarde des tutos sur YouTube, donc des filles qui donnent des produits, des compléments alimentaires, des huiles.... J'passe ma journée à regarder ça essentiellement, et aussi j'me renseigne un peu sur ma maladie et à un moment donné ça n'avait pas été bénéfique. Sur internet ils disent un peu tout et n'importe quoi. Les forums là.... Doctissimo... je crois qu'il s'appelle le site... des fois ils disent des trucs bête. Et quand j'avais lu je m'étais super angoissée un moment pendant quelques jours, j'en avais pas parlé avec mes parents et ensuite j'étais partie les voir et spécialement mon oncle parce qu'il est cancérologue et j'lui ai dit « voilà j'ai vu ça ça ça et ça » il m'a dit que c'était faux, que y'avait

pleins de trucs que je lui avais cité qui était faux ou en tout cas qui était rare. Après j'ai arrêté d'aller voir parce que j'essayais de me renseigner sur ma maladie mais au final internet c'est pas le truc....

C : mais ça veut dire que ça vous a inquiété ?

P : ouais ça m'a vachement inquiété ! Parce que un moment par curiosité j'suis allée voir et sur internet il disait que « le médecin m'avait dit au début que j'aurai 4 cures, au final j'ai fait 1 an de traitement ». Et moi j'me suis dit peut être que mon médecin me dit la même chose, il veut pas me dire tout de suite que ce sera long alors qu'au début on m'avait dit 6 mois de traitement. Vous voyez sur internet ils disaient un an, un an et demi... et au final non, mon corps a bien répondu et le médecin m'a dit « je t'ai pas menti » donc.... Voilà. Et moralement, y'a des jours avec et des jours sans. Et du coup... j'ai pris beaucoup de poids aussi. Déjà parce que je prends des corticoïdes en ce moment donc je suis gonflée et tout.... Mais là j'suis arrivée à un poids où j'ai jamais été de ma vie, j'ai pratiquement 15 kg en plus.

C : C'est depuis la maladie....

P : depuis juillet j'ai dû prendre 6 kg déjà depuis le mois de juillet parce que je m'ennuie et je mange. Et comme je fume pas et je bois, je crois que je mets un peu tout sur la nourriture.

C : c'est-à-dire, racontez-moi un peu les changements alimentaires que vous avez...

P : bah je mange pas aux bonnes heures en fait ; je me lève tard, à l'heure de manger 12h 13h, je vais manger un peu, puis je vais manger à 17h puis après je vais manger à 20h parce que mes parents m'appelle pour diner puis je vais manger à 2heure du matin du coup je fais plus de repas que je devrais, par contre je mange que du salé, j'suis pas trop gâteaux.... Là ils m'en ont ramené mais c'est très rare. Ça me fait plus de repas que je devrais... et donc j'ai pris du poids.

C : vous vous sentez comment par rapport à cette prise de poids ?

P : extrêmement mal ! Je déteste... depuis toujours j'ai un problème avec mon poids, j'ai jamais été vraiment en surpoids. Mais toujours j'suis pas bien quand j'ai des kg en trop mais là j'peux vraiment pas faire de sport, c'est-à-dire que je monte 6 marches d'escalier j'suis en tachycardie, j'peux pas en faire, ça m'saoule. On se sent comme une loque, on est toute la journée au lit, on peut pas faire de sport... et puis les changements aussi avec la perruque et tout... j'suis pas... parce que moi de base je me maquille pas heu... et là j'dois maquiller mes sourcilles car y'en a plus beaucoup du coup, j'dois poser des faux cils parce que quand j'veux sortir et être un peu apprêté et je déteste ! Je dois mettre du

crayon noir... franchement quand je me maquille après je pleure parce que c'est pas moi. Avant je me maquillais vraiment pas et je déteste les artifices et la perruque et tout...

C : c'est compliqué pour vous de faire quelque chose que vous ne faisiez pas d'habitude...

P : ouais...

C : de vous maquiller de mettre une perruque...

P : ouais ça m'énerve

C : et qu'est-ce qui vous fait du bien en ce moment du coup ? Qu'est-ce qui vous aide à traverser cette période ?

P : De me projeter. Ce qui me fait tenir c'est de me dire dans 8 mois « tu seras un peu mieux déjà physiquement », bah que l'aspect des cheveux, déjà juste « dans ton corps, tu auras repris le sport et tu arriveras à faire 5 pas sans être essoufflée ». J'essaie tout le temps de penser à comment je serai dans 6-8 mois. J'me suis fixée aout, enfin la date de mon anniversaire, j'me suis dit « peut être que là tu auras un peu le look garçonne tu seras peut être mieux... ». Je me projette.

C : vous vous projetez.... Et, vous me dites si c'est faux, mais vous vous projetez sur l'apparence, sur comment vous serez ?

P : ouais sur l'apparence surtout, parce qu'après l'année prochaine, je vais devoir repasser le concours donc je sais que ce sera une année où je vais être essentiellement à travailler donc ça je me le suis mis dans la tête. Comme je suis motivée et déjà préparée et je l'ai intégré depuis, la motivation elle m'a pas lâché depuis septembre 2015... ça je sais que ça va aller. Ouais je me projette souvent dans l'apparence physique bon parce que ça a été....le changement il a été assez brutal...

C : est-ce que vous pouvez m'en dire davantage sur ce « changement brutal » comme vous dites

P : j'ai perdu mes cheveux un peu plus de 10 jours après la première chimio et en fait ils se décrochaient comme si j'avais mis de la crème dépilatoire, vous savez, ils se détachaient comme ça... ça a été dur. J'suis allée chez le coiffeur, il m'a tondu quoi. A partir du jour.... Ma glace du miroir je l'évite, c'est-à-dire que le bandeau sur ma tête je le garde même dans le noir quand je dors pour pas avoir le crane... je supporte pas avoir le crâne, rien, j'assume pas mais c'est pas forcément parce que c'est pas beau... parce que voilà. Parce que pour moi c'est juste la maladie en fait et j'veux pas, j'l'ai intégré mais j'veux pas non plus forcer à me dire « tu t'assumes, tu te regardes avec » non. C'est un truc que je veux passer vite sans avoir trop de souvenirs de moi avec pour après et tout le temps. Donc la glace... aussi faut dire qu'avant j'étais un peu narcissique...

C : racontez-moi... qu'est-ce que ça veut dire ?

P : ça veut dire que quand j'étais, juste avant la maladie, c'était beaucoup les réseaux sociaux et tout, snapchat, j'sais pas si vous connaissez... du coup c'était, comme tous les jeunes, mais bon moi je... j'l'assume, c'était des photos moi et mes copines, en plus toutes mes copines sont comme moi du coup ouais... beaucoup de photos, dès qu'on sort et tout...et dès que ça s'est arrêté c'était stop quoi !

P : dès que quoi s'est arrêté ?

C : dès que y a eu la maladie, dès que je ressemblais plus à ce que j'étais normalement, euh j'ai arrêté, même pas j crois dès qu'on m'a annoncé la maladie ! Les photos et tout beaucoup moins quoi. En fait j'avais l'impression que c'était une punition en fait, que j'avais trop fait la belle et qu'on me punissait d'avoir fait à outrance... parce que c'est secondaire finalement le physique et tout et j me disais « t'as pensé qu'à ça pendant un moment, tout le temps, t'étais trop sur ça et bah voilà. »

C : et du coup-là vous passez à un extrême ou... vous me disiez que vous ne vous regardez plus dans une glace que les réseaux sociaux c'est terminé...

P : ouais j'mets des photos d'avant des fois, j'poste des photos d'avant.... Mais j me prends plus, on me voit plus....

C : et c'est compliqué pour vous....

P : bah non c'est pas que c'est compliqué enfin si quand même c'est compliqué. Ouais c'est un peu chiant ça casse l'habitude. Dis comme ça ça peut paraître superficiel et tout mais c'est plutôt heu... comme heu... j'sais pas. Les photos et tout c'était plus par habitude et quand ça s'arrête ça fait bizarre en fait.

C : et vos copines ont remarqué quelque chose ?

P : mes copines non.... Elles me disent tout le temps t'es toujours pareille. Elles ne vont pas me dire autre chose, j pense qu'elles peuvent pas me dire autre chose... elles ont pas trop remarqué...

C : elles vous soutiennent...

P : oui elles me soutiennent...

C : et comment vous pensez réinvestir les réseaux sociaux, les photos....

P : bah finalement j'veux plus trop qu'on me voit en fait. j me suis dit... en fait j crois beaucoup au mauvais œil et aux trucs comme ça j'ai vraiment l'impression que tout ce qu'on fait on le paie les mauvaises actions.... J'ai l'impression que c'est un karma mais que tu paies ce que t'as fait un peu

comme mauvaises choses. Et j'ai l'impression que se prendre en photo c'est trop superficiel et finalement après quand je vais me rétablir et que mes cheveux vont pousser j'ai plus forcément envie de me prendre 50 fois par jours en photo. J'ai plus envie d'avoir Facebook d'ailleurs j'ai plus de compte, j'ai plus envie de poster 30 photos. Ça m'intéresse plus et même si ça m'intéresserait encore j'ai plus envie de le faire parce que j'ai plus envie qu'on me voit en fait. Même si mon physique après il redevient normal j'ai plus envie d'être dans ça. Je serai discrète en fait...

C : d'accord... et ça c'est l'expérience de la maladie qui vous a fait...

P : ouais j pense sinon j'aurais jamais arrêté !

C : d'accord. Et j'ai entendu que vous avez dit à demi-mot que vous avez fermé votre compte Facebook...

P : ouais

C : comment se fait-il ? Par rapport aux photos....

P : ouais aux photos et aussi par rapport, c'est un peu méchant de dire ça mais je souhaite le malheur à personne mais c'est chiant d'avoir sa vie qui est stoppée et de voir celle des autres qui continue... et puis sur Facebook on va pas se mentir, y a des gens ils sont dans vos amis mais qu'on aime pas forcément, enfin qu'on a pas forcément dans nos cœurs et de les voir vivre, d'aller en vacances, ça ne me faisait pas forcément du bien. Du coup j'ai préféré enlever mon compte et ne plus, enfin je l'ai pas supprimé parce qu'on peut plus maintenant... excusez-moi (sonnerie téléphone)

C : je vous en prie.

C : c'est intéressant ce que vous dites, le fait de continuer de voir la vie des autres et de ne plus afficher la nôtre... c'est ça que vous avez dit ?

P : c'est ça ! Du coup j'ai déconnecté, mais bon on a plus le droit de supprimer entièrement donc j'ai dit que je reviendrais mais peut-être plus tard je le remettrai mais là tout de suite j'ai vraiment pas envie que les gens me voient. D'ailleurs j'ai fait un énorme tri dans mes photos, même celles qui étaient jolies j'ai voulu les enlever.... Y'a peu de personnes qui sont au courant pour ma maladie. Donc sur Facebook... je dois avoir 300 ou 400 amis il doit y en avoir 30 qui savent donc.... Heu j'ai posté aucune photo aucun commentaire, rien.... Mais j'ai supprimé pas mal de photos et j'ai... avant de l'enlever et ensuite voilà. Et la vie des gens elle me.... y a certaines personnes j'avais pas trop envie de voir qu'elles s'amusaient. J'avais un peu la haine...

C : la haine....

P : ouais ça me saoulait ! Que ça m'arrive à moi... malgré que je souhaite de mal à personne et tout mais j'aimais pas trop le sentiment de voir les autres vivre et pas moi. Voilà....

C : Mmm...

P : malgré que... j'sais très bien qu'il y a des gens qui ont des choses pires que cette maladie là que j'ai.... Je sais très bien que voilà.... Mais quand ça nous arrive... même si y a des gens c'est pire, quand ça nous arrive et que voilà... on a pas envie...

C : et du coup qu'est-ce qui vous aide en ce moment... d'être entouré par vos proches ? Le fait de se projeter dans l'après... qu'est-ce que c'est ?

P : ouais mes proches beaucoup, mes amis... j'ai fait énormément de tri dans mes amis aussi. Y a beaucoup de personnes, que j'pensais pas mais qui se sont beaucoup rapprochées de moi, et d'autre qui m'ont pas calculé à l'annonce de la maladie donc j'ai fait le tri comme ça c'était bien. Donc comme je disais c'est un mal pour un bien sur certain point ça permet de trier beaucoup, et ma famille beaucoup et ensuite je me suis rapprochée de ma religion.

C : Mmm... Vous pouvez m'expliquez un petit peu... Vous êtes...

P : musulmane. Et du coup j'étais pas pratiquante, je faisais le stricte minimum c'est-à-dire que normalement il faut prier 5 fois par jour et je le faisais pas et je le fais toujours pas mais je fais déjà la prière le soir à ma manière parce que je parle pas arabe du coup c'est dur de prier quand on parle pas arabe du coup j'ai appris quelques Sourate que je récite. Euh... c'est très moche d'ailleurs quand je récite ! Et après je fais à ma manière dans ma tête... j'ai beaucoup de copines qui sont pratiquantes et voilées etc. et qui m'ont dit que c'était l'intention qui compte d'abord et j'apprendrai au fur et à mesure. Et voilà... ça ça me fait du bien. La religion me fait du bien. Et ensuite ma famille. Et puis voilà... mes meilleures copines, mon copain et aussi me projeter. Mon objectif d'avoir le concours ça me fait rester sur.... J'me dis en fait dès que ça va se finir mon traitement et que ça va se terminer en décembre, en janvier je vais recommencer à aller à la bibliothèque et que voilà... la maladie on en parlera plus et le prochain combat c'est le concours et voilà en fait. Du coup ça, ça ça me booste.

C : vos proches, le concours, la fin des traitements....

P : la fin des traitements....

C : et la religion

P : oui

C : et pareil c'est l'expérience de la maladie qui vous a rapproché de la religion ?

P : ouais ouais c'est ça...

C : est-ce que vous voyez d'autres choses à rajouter sur ces aspects-là ?

P : non ça va je vous ai tout dit...

C : et j'ai encore quelques questions sur les consommations, j'ai cru entendre que vous ne fumiez pas...
Ni tabac ni cannabis...

P : alors si j'ai déjà fumé du cannabis mais là depuis que je suis malade j'ai arrêté parce qu'on m'a dit que avec les traitements c'était pas super mais c'était de temps en temps...

C : oui racontez moi dans quel contexte...

P : avec mes copines. Une en particulière qui fume, qui fume tout le temps qui a une consommation régulière et ma grande sœur qui fume des fois avec sa meilleure amie. Donc heu... des fois ils fument et moi je fume pas et des fois j'me dis « bon aller » mais ça va être deux trois taffes...

C : actuellement ?

P : non plus maintenant, plus depuis que je sais... encore... au mois de juillet j'ai appris la maladie après je suis partie en vacances, j'ai dû fumer quelques fois mais dès que j'ai commencé la chimio j'ai arrêté.

C : donc vous m'avez dit que c'était parce qu'on vous avait dit....

P : oui ma sœur elle m'a dit c'est pas top

C : est ce qu'il y a autre chose qui a fait que vous avez arrêté ?

P : non

C : du coup c'est vraiment les paroles de votre sœur

P : oui c'est juste ma sœur qui m'a dit c'est pas top... puis moi j'me suis dit que c'était nocif et que j'étais en traitement et que c'était pas la peine quoi. Et l'alcool non, j'ai déjà bu quand j'étais plus jeune mais je ne bois pas.

C : d'accord. Et alors dans le futur comment vous voyez vos consommations, par exemple de cannabis.... ?

P : ouais j'ai pas trop réfléchis... il est probable que.... En fait tout dépendra de ma religion. En fait, j'pense plutôt que c'est ça qui va m'interdire mais si je me mets vraiment dedans j'arrêterais sinon ouais j'pourrais continuer à fumer en soirée, deux trois taffes occasionnellement...mais la cigarette je fume pas. Je fume pas du tout, même la fumée me fait mal à la tête et la chicha je fume pas non plus.

C : et du coup l'alcool aussi occasionnellement ?

P : non non je bois pas jamais

C : et concernant le cannabis vous m'avez dit que c'était plutôt avec des amis, de manière occasionnelle, c'est ça ? Et vous m'avez dit que vous avez arrêté quand vous avez commencé le traitement... est ce que cet arrêt correspond un peu à cette parenthèse de vie ?

P : non mais j'ai vraiment arrêté parce qu'on m'a dit que c'était pas bon avec les traitements sinon je pense qu'occasionnellement... j'aurai fumé deux trois taffes. En fait j'en ai même pas trop envie parce que pour moi c'était festif du coup... ça restait festif. Du coup-là comme j'ai pas le cœur à ça, je me vois pas fumer....

C : c'est associé à l'esprit de fête...

P : ouais exactement

C : quels sont les effets que vous aimez bien dans le cannabis

P : ça me fait pas énormément d'effets, je vais pas vous mentir, ça me.... Ça me fait un peu rigoler, mais j'ai pas trop de... comme je fume pas énormément, pour vous dire 2 3... eux ils fument des joints entiers donc je les vois après ils ont les yeux rouges ils rigolent et tout... moi je fume 2 3 taffes, après je vais être détendue euh... mais je vais pas plus loin dans le truc. Donc ouais c'est festif parce qu'on est assis souvent sur les quais. Enfin eux ils sont posés et tout je prends 2 taffes et c'est tout.

C : du coup c'est plutôt des effets agréables du coup ?

P : ouais ouais c'est ça !

C : d'accord... est ce que y a autre chose sur le cannabis que vous avez envie de me raconter ?

P : non... Non non. Ça fait depuis quelques années que je fume occasionnellement depuis que j'ai 17 ans, j'en ai 22ans. J'achète jamais je... c'est vraiment des amis qui me prêtent leur joints.

C : et ça vous manque en ce moment ?

P : non pas du tout par contre je peux vous parler de la nourriture ! (rire)

C : parlez-moi de la nourriture alors !

P : ouais la nourriture j'vais plus y penser quand j'suis dehors et tout j'me dis « tiens je serais bien dans mon lit à regarder une série et en train de manger ça et ça » mais l'alcool et le cannabis ça me fait pas du tout ce truc.

C : et par rapport à la nourriture vous avez eu avant, y a plusieurs années, vous aviez tendance à manger plus salé...enfin, vous dites que vos habitudes alimentaires ont changé... Est-ce que vous avez déjà vécu ça avant ou c'est assez nouveau pour vous ?

P : c'est assez nouveau, avant je mangeais de tout et mieux mais beaucoup quand même mais là je mange très décalé et beaucoup de salé. Et parfois j'y pense, quand je sors j'me dis j'ai envie de manger ça et quand je rentre je dis à ma mère..... Alors qu'avant non

C : Mmm... Et ça vous inquiète ?

P : bah ouais ! parce que j'ai pris du poids et j'ai pas envie de rester comme ça j'ai envie de refaire du sport et de mincir... c'est peu inquiétant, je sais pas... si vous avez des envies, si les gens ont des envies parfois... d'y penser... et des fois j'y pense et ça dure longtemps... c'est un peu comme...

C : une obsession... ?

P : ouais et ça m'énerve parce que j'ai pas envie de grossir.

C : mais je crois que vous avez très bien expliqué le lien, entre le fait d'être hyper fatiguée, de ne pas être en activité...

P : ouais c'est ça du coup je peux pas me dépenser du coup je prends du poids, en plus je prends des corticoïdes et en plus une pilule parce que... elle m'a dit que c'était mieux que tu sois pas indisposée pendant ma chimio sinon ça va être relou. Du coup j'ai dû prendre pas mal de kg avec les corticoïdes et la pilule. J pense que quand j'arrêtera tout ça je perdrais un peu mais j'ai vraiment envie.... En fait dès que ma maladie va s'arrêter je vais vraiment reprendre une ligne de vie saine... en fait parce que c'était pas trop le cas avant.

C : alors qu'est-ce que ce serait une ligne de vie saine ?

P : bah du sport, 3 fois par semaine. Parce que a part au lycée j'en ai plus fait depuis le lycée, heu... de manger plus sainement et de dormir plus tôt aussi parce que j'ai vraiment un sommeil décalé. Bon là je dors à 1 ou 2h et je me lève à 14h... parce que j'suis fatiguée... mais j'ai vraiment envie de dormir

les 8h pas plus quoi, à part le weekend... même quand je fais rien, même si cette année je suis en révision j'ai pas envie de dormir trop. Je veux avoir une vraie hygiène de vie !

C : donc sur l'alimentation, le sport, le sommeil... le rythme de votre vie

P : c'est ça

C : d'accord. ok. Est-ce que vous voyez autre chose à ajouter ?

P : non

C : est-ce que vous avez des questions ?

P : non

C : je pense qu'on peut s'arrêter là. Merci beaucoup.

P : je vous en prie, merci à vous.

6) Entretien de recherche Inès

C : Est-ce que vous pouvez me raconter comment la maladie est venue impacter votre vie, votre quotidien....

P : d'accord... donc ce que ça change pour moi au quotidien...

C : Mmm...

P : heu.... déjà j'ai beaucoup d'hospitalisation, j'suis hospitalisée du lundi au vendredi et je rentre chez moi que les weekends. Et y a... au bout de la troisième semaine dans le mois où j'suis hospitalisée après parce que je tombe en aplasie deux semaines et là je rentre pas du tout je reste deux semaines hospitalisée. J'ai vraiment l'impression d'être tout le temps à l'hôpital quoi.... Donc ça déjà ça change beaucoup au niveau de ma vie sociale, j'vois beaucoup moins mes amis, avant bah j'allais en cours. Avant j'avais l'impression d'avoir une vie sociale et que j'ai un peu perdu. Quand je rentre je suis pas forcément en forme le weekend end donc pareil au niveau de mon copain et de ma famille je culpabilise parce que j'me dis que j'aurai aimé que quand je rentre la maladie soit entre parenthèse et en fait non on est toujours malade quand on rentre chez soi. Donc.... Ça c'est un peu compliqué. Autrement ce que ça change.... Bah les effets secondaires. Mais ça je le conçois, d'être à l'hôpital et d'être malade je le conçois. C'est vraiment quand je rentre chez moi le weekend end que j'ai beaucoup de mal à gérer mes nausées tout ça... ouais inconsciemment j'aimerais bien que chez moi ce soit différent... mais

bon... qu'est-ce que ça a pu changer aussi.... Au niveau de mon alimentation ça a changé pareil parce que j'ai l'impression d'avoir moins de pouvoir sur moi-même parce que je peux pas décider à quelle heure je mange, ce que je mange, à l'hôpital par exemple... tout ça c'est... on dépend vachement du système, on est un peu moins autonome quoi...

C : Pour l'alimentation vous parlez aussi de ce que vous mangez chez vous ?

P : non chez moi ça va j'ai déjà un peu plus de pouvoir mais c'est vrai qu'il faudrait que je demande à ma mère... faudrait que j'anticipe et que j'demande à ma mère « tu pourrais acheter ça ça ou ça »... Parce que si j'arrive le weekend end comme ça évidemment je mange ce qu'il y a. Mais ça je sais pas pourquoi ça m'atteint la nourriture mais... j'aimerais bien... parce qu'à l'hôpital c'est pas hyper bon c'est pour ça ! Voilà... j'crois que c'est tout...

C : et comment vous vivez du coup tout ce que vous traversez en ce moment, comment c'est pour vous ?

P : heu.... ça dépend... heu... comment dire.... Ça dépend en fait de comment mon corps va. Si vraiment la chimio me met vraiment pas bien, j'perds beaucoup de poids, j'vomis beaucoup vraiment... bah là moralement j'vais me sentir au plus bas, j'vais me sentir faible j'vais me sentir... et c'est stressant de se sentir, un peu comme si notre corps partait enfin c'est trop bizarre....et autrement, là par exemple cette chimio là j'ai pas eu trop de nausées, on a bien géré le truc, j'ai vomi qu'une fois heu donc j'me sens bien moralement ça va. Y a juste un souci en ce moment qui me gêne pas mal c'est que c'est une chimio qui irrite la bouche jusqu'à l'œsophage, les intestins jusqu'à l'anus et du coup j'ai des fissures à l'anus donc quand je vais aux toilettes c'est assez horrible donc j'ai pleins de laxatifs pour que ce soit le moins difficile possible... ça c'est vraiment le truc en ce moment qui me déprime en fait mais autrement honnêtement en ce moment ça va. En ce moment ça va

C : donc tout à l'heure vous me disiez que ça avait changé beaucoup de chose sur le rythme de votre vie et notamment de la vie sociale, est ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ?

P : bah là ça va mieux et au départ j'ai eu une période où je me sentais vraiment seule. Pourtant j'étais entourée, j'avais beaucoup de visites de ma famille etc. j'sais pas j'me sentais super seule... parce que quand on a un travail, qu'on va à l'école on voit des gens tous les jours et rien que de croiser des gens dans la rue moi j'suis dans ma chambre toute la journée. Surtout quand j'étais à la clinique pendant deux semaines, j'suis pas sortie pendant deux semaines, j'étais tout le temps dans ma chambre parce que j'étais perfusée tout ça, j'pouvais pas aller au self, j'pouvais pas trop sortir ouais on se sent vite en prison quoi ! Quand j'suis sortie parce que j'avais un IRM à faire, rien que le fait d'aller en voiture et

de voir Paris avec tous les gens, ça m'a fait un bien fou de voir juste les gens dans la rue et voilà j'me sentais un peu plus dans la vie quoi alors que quand on voit tout le temps la même chambre tout le temps... on voit pas de gens, tout le temps c'est les infirmières et notre famille, c'est ça qui me manquait et au départ je me sentais vraiment seule. J'avais un espèce de vie, c'était un peu trop radical mais maintenant ça va mieux j'me suis habituée donc ça ça va mieux et le weekend end j'en profite quand même pour voir mes copines, pour essayer d'aller au restau quand j'me sens bien, mais d'aller au restau, de faire des choses pour essayer de contrebalancer le fait que la semaine je sois dans la chambre... mais c'était ça qu'était un peu difficile au départ mais maintenant ça va mieux, on s'habitue à tout franchement !

C : ah oui ?

P : ouais j'trouve ! Avec le temps... j'pense que ça va aller, sauf peut-être la douleur, la souffrance on s'habitue par forcément et encore peut être je ne sais pas...

C : mais vous diriez que vous vous êtes habituée à quoi dans ce contexte-là ?

P : au fait d'être toujours dans ma chambre et de voir peu de monde, ça je m'y suis habituée... de plus aller en cours de.... D'aller dehors quand je veux, parce que je sors vraiment pas du lundi au vendredi... dehors... donc.... Donc ça je m'y suis habituée.

C : et vous seriez un peu me dire comment vous avez fait pour vous habituer ? Est-ce que ce sont vos ressources en vous... vous avez développé certaines ressources pour faire face à ça ou...

P : y a un moment où je déprimais pas mal, parce que j'ai deux sortes de chimio, j'ai celle-là que j'arrive à gérer... parce que les nausées...y a l'histoire d'*alitation* ça c'est un peu chiant mais les nausées c'est que le lendemain voire le surlendemain mais après ça va mieux. Et pareil les vomissements c'est que le lendemain et après ça va mieux. Par contre j'ai une autre chimio qui... que j'ai pendant 4 jours donc j'ai tous les jours pendant 4 jours de la chimio donc j'ai pas le temps de me remettre que le lendemain y a de la chimio donc là je vomis tous les jours, j'arrive pas à manger, je perds beaucoup de poids et j'me sens hyper nauséuse alors qu'ils me donnent pleins de trucs mais ça fonctionne pas trop et du coup celle-là quand je l'ai eu... je l'ai eu qu'une fois pour l'instant, j'vais l'avoir le 27. Et celle-là quand je l'ai eu j'ai eu comme... ça m'a fait comme un électrochoc.... Je sais pas trop comment expliquer....

C : c'est-à-dire...

P : bah j'm'attendais pas à ce que ça puisse être aussi horrible enfin que ça puisse être aussi dur et le fait que...ça m'a fait un peu comme une claque, après j'suis allée à la clinique pour récupérer et qui gère l'aplasie les nausées et la perte de poids. Et du coup, là-bas j'étais.... Le fait d'aller du lit aux toilettes, j'étais courbée parce que j'avais le ventre hyper creux et je me sentais tellement faible j'étais hyper essoufflée rien que d'aller aux toilettes et ça me faisait hyper peur et moralement j'étais vraiment déprimé, ça m'avait cassé un peu et du coup ça... je pleurais tous les jours, et j'avais du mal à m'en remettre et j'ai fait un truc pour que ça aille mieux, mon copain m'a vu comme ça et on avait discuté un peu... il se disait, il avait l'impression que je dépérissais un peu et que je me laissais aller dans ce truc là et donc on a discuté et on s'est rendu compte que j'avais pas vraiment accepté le fait d'être malade et d'avoir un cancer et du coup tout ce qu'il en découlait était super dur. Parce que j'avais pas accepté le gros truc, du coup j'ai fait un peu ce travail-là et j'ai commencé à tenir en très peu de temps, en même pas 3 jours, un petit journal sur le PC pour essayer de me parler à moi-même et de positiver, de me dire que « voilà t'as un cancer faut que tu acceptes etc. du coup perdre tes cheveux c'est normal parce que t'as un cancer, avoir des nausées c'est normal » enfin que tout me paraisse aussi lourd que ce que ça avait été et la claque que j'avais eu quand j'ai été très mal alors que on pourrait se dire que c'est normal avec mon cancer. Et donc j'ai l'impression que ça a marché, parce que ma perte de cheveux qui me terrorisait je l'ai beaucoup mieux vécu que ce que je pensais donc j'ai l'impression que ça a marché, du coup c'est peut être ça qui a fait que j'ai accepté d'être souvent en chambre, c'est peut être ça aussi...

C : c'est-à-dire d'avoir eu ce moment où vous avez été très mal et d'essayer....

P : d'accepter le fait d'être malade, donc en fait voilà j'ai un cancer, donc les effets secondaires on peut pas y échapper, je peux pas être normale enfin qu'en gros ma vie d'avant faut que je fasse un deuil pendant un certain temps, pendant les 9 mois....c'est comme là, c'est seulement cette semaine que je me suis rendue compte que je séparais ce que je vous disais tout à l'heure, le weekend end de la semaine et que c'était pas à faire. On en a parlé avec le médecin et il m'a dit « tu sais quand tu rentres chez toi t'es encore malade donc c'est normal que tu aies des nausées des fois chez toi et que tu puisses pas faire comme avant chez toi encore ». Parce que j'avais passé le weekend dans mon lit j'avais... comme j'avais vraiment culpabilisé de pas avoir pu profiter de mon copain ou de ma famille. Ils avaient organisé un dîner dans le salon, j'y suis pas allée parce que je me sentais pas bien et je culpabilisais un peu et il me disait « mais c'est normal quand tu rentres t'es encore malade » et là quand il m'a dit ça j'ai eu comme heu... un choque, j'pensais sincèrement dans ma tête que je pouvais séparer les deux, pour moi quand je rentrais chez moi, c'était comme avant, je pouvais faire comme avant. Euh.... donc je me fatigue plus par exemple, car j'bouge plus j'fais plus de choses j'veux aller faire des courses

j'veux faire pleins de truc alors que..... Euh... alors qu'il faudrait que je me ménage un peu, il faudrait que je me dise « t'es encore malade »... donc voilà. J'prends conscience petit à petit de certaines choses, donc j'pense que ça ira de mieux en mieux dans l'acceptation...

C : c'est un processus qui est en cours....

P : oui c'est en cours, justement j'ai un peu peur, parce que quand je vais retourner à la clinique à E. Rist, j'vais demander à vois une psychologue parce que je sais pas... vu que j'y retourne tout le temps après la méchante chimio, celle que je vous ai dit les 4 jours-là, et ben je sais pas comment je vais le revivre et j'avais peur de le revivre aussi mal que la dernière fois donc j'ai voulu anticiper le truc et y a une psychologue qu'était venue me voir et j'lui disais « écoutez-moi ça m'intéresserait de vous voir a prochaine fois parce que je ressortirai de la chimio qui m'a mis moralement assez mal et j'ai peur que ça fasse la même chose » je dis avoir réussi à avoir accepter et parfois on est sûr de soi et en fait la réalité nous rattrape et donc je sais pas vraiment si ça va être aussi dur si ça va me casser autant ou alors non peut être que j'anticipe parce que j'ai connu une fois et que ça ira mieux et comme j'suis dans l'inconnu j'me suis dit j'demande à voir une psychologue au cas où.. Ça m'avait vraiment déprimé, je pleurais tous les jours, je supportais pas trop d'être à la clinique on est vraiment enfermé c'est pire qu'ici...

C : ah bon...

P : ouais parce que par exemple les visites sont plus réglementées... ici c'est visites quand on veut, là-bas c'est à partir de 14h, faut être parti à 20h, y a pas moyen que quelqu'un dorme avec nous. Là maman a dormi avec moi cette nuit, des fois y a mon copain qui dort... voilà ça permet d'être à deux. A Rist on peut pas faire ça, pour sortir il faut des permissions... heu... c'est très grand du coup les infirmiers changent énormément, ici y a une petite routine, j'connais les infirmières, j'connais leur prénom, à force je sens qu'elles connaissent... elles connaissent les patients elles ont des petites affinités, on va rigoler ensemble des fois. A Rist c'est très grand ça change tout le temps, c'est l'usine, c'est très très grand, on est beaucoup de patients... les infirmières changent beaucoup on peut pas trop s'habituer à un rythme et je me sens moins à l'aise là-bas parce que c'est des jeunes, qui sont très jeunes, ils sont au collège... alors qu'ici y a des jeunes plus de mon âge, y a Sandra (animatrice) qui tout le temps un peu peps, elle est tout le temps de bonne humeur ! C'est différent là-bas ça fait moins familial donc j'me sens moins à l'aise et puis vraiment seule... j'avais beaucoup de mal à accepter, j'pense ça du coup ça ira mieux mais j'ai peur de revivre mal psychologiquement... j'vais voir on verra...

C : par rapport aux effets secondaires...

P : ouais c'était vraiment horrible...

C : je reviens sur.... Vous avez évoqué tout à l'heure le deuil de votre vie d'avant

P : ouais

C : vous pouvez m'en dire davantage ?

P : bah j'ai vraiment l'impression que par exemple, j'arrête pas de m'imaginer des trucs dans la tête, à chaque fois j'imagine que j'ai encore des cheveux, j'm' imagine que avec mes cheveux long d'avant, quand j'imagine que je vais à une soirée et je vais l'anticiper un peu dans ma tête et je vais me revoir comme avant, que je vais pouvoir danser alors que je peux plus danser, j'ai l'atèle parce que la tumeur est ici, j'arrive à la plier parce que la chimio marche super bien mais en soi j'peux pas marcher dessus, donc j'peux pas danser du coup mais je vais tout le temps m'imaginer ça ! Et des fois je me dis « mais non mais Inès tu peux plus danser, tu peux plus... » Du coup j'ai vraiment l'impression que pendant au moins les 9 mois du traitement il faut que je fasse un mini deuil du traitement. De ... voilà ... de pas pouvoir faire tout ce que je voulais faire. Et de toute façon ça a déjà commencé j'ai dû rendre mon appart alors que je venais de l'avoir, j'étais en train de passer un concours j'ai dû le reporter, le deuil de la vie d'avant il a commencé bien avant de commencer les chimio et tout ça...

C : vous diriez que ça a commencé à peu près quand du coup ?

P : heu... quand j'ai appris, quand j'ai eu l'annonce, le chirurgien m'a dit... je lui ai demandé pour l'appart il m'a dit « honnêtement... » Enfin il savait que c'était un type de cancer où on était beaucoup hospitalisé, c'est pas comme en hôpital de jour après on rentre chez soi et de toute façon il m'a dit « tu peux pas vivre seule », c'était un petit appartement pour moi toute seule même si ça avait été en hôpital de jour tu pourrais pas vivre seule. Donc j'ai dû le rendre ; et ça faisait très peu de temps que je l'avais, il était trop mignon, et du coup j'ai pas vécu beaucoup dedans et j'ai pas profiter beaucoup parce que j'avais mal, c'était une période où je souffrais tout le temps. J'étais tout le temps sous doliprane ou sous anti inflammatoire ou ce genre de chose, donc j'ai même pas trop profité. Mais ouais j'sais pas. Là par exemple le nouvel an...j'le passe.... J'ai réussi pour Noël à décaler les chimio pour passer en famille mais le nouvel an j'le passe en clinique enfin bon c'est quand même super emmerdant donc voilà j'ai l'impression de faire un espèce de deuil de ma vie d'avant pendant un temps....temporairement... après j'essaie de me dire que ça va passer vite. Les médecins ont quand même été honnêtes en disant que ça passait.... Qu'en fait la partie avant l'opération passe vite et quand on a fait l'opération apparemment après ça passe lentement...

C : et comment vous comprenez ça....

P : bah j'sais pas. J'arrive à la concevoir parce que là j'vais avoir cette chimio là.... Cette chimio-là va être fini et le 27 la chimio méchante pendant les 4 jours, après j'vais à la clinique pendant 2 semaines et pendant deux semaines j'ai pas de chimio j'ai juste des effets.... J'ai encore des effets secondaires sur 3-4 jours, et ensuite j'ai pas de chimio donc ça c'est cool ça passe plutôt vite parce qu'on est de mieux en mieux donc ça c'est vraiment bien on reprend des forces etc. et après ça normalement on me laisse tranquille parce que j'ai la chirurgie le 6 février. Alors normalement en janvier j'ai pas de chimio, peut être une métho, une comme ça, mais celle-là j'la vis plutôt bien donc ça va ... donc ça fait pas beaucoup de chimio au final, et après y a l'opération avant l'opération j'suis tranquille y a pas de chimio mais après l'opération y a deux semaines à l'hôpital de récupération par rapport à.... J'ai 6 semaines avec un plâtre mais j'ai deux semaines de récupération et ensuite on recommence les chimio et c'est pendant 5 mois et ça s'arrête plus donc... c'est vrai que c'est comme... un effet dans le temps un truc précis dans le temps et à partir de là ça va être la monotonie des chimio donc c'est pour ça que ça peut être un peu long après. Donc j'pense que je comprenais ça quand elle m'a dit ça... mais heu... j'essaie de me dire que ça va passer. En plus quand je finis j'ai de la chance parce que... normalement j'finis soit fin juin soit fin juillet et c'est en été j'me dis c'est cool. Pour reprendre les cours c'est plus facile, j'pourrais peut être partir en vacances....

C : en tout cas j'entends qu'il y a certaines dates qui sont là... et que c'est assez clair pour vous...

P : oui j'ai posé beaucoup de questions, j'ai besoin de tout anticiper un minimum....

C : ça vous aide ?

P : ouais ça m'aide un petit

C : est-ce que y a autre chose qui vous aide en ce moment ?

P : bah j'avais l'impression que c'était d'être seule. Parce que tout le début de semaine j'ai pas eu de visite et c'était bien, je dormais je regardais la tv, j'essayais que les journées passent vite et en fait pas du tout parce que quand ma mère est venue ça m'a fait du bien. Donc j'me dis bon bah les trucs qui me font du bien : les visites, c'est vrai que les visites ça fait du bien.... Mais j'en ai pas eu beaucoup cette semaine.. Mais sinon qu'est ce qui me fait du bien ? De bouger, de faire des petites activités, soit des jeux de société, de me bouger même si j'ai des nausées parce que le fait de penser à autre chose... au début je restais beaucoup dans ma chambre, j'ai mis du temps à sortir et à aller dans la salle des jeunes mais heu... mais en fait ça fait du bien d'y aller, parce que.... Voilà on oublie un petit peu... quand on est là on peut que y penser alors que quand on parle avec des gens ça fait oublier...

C : Mmm... En tout cas j'ai l'impression que l'organisation du service ça vous...

P : réconfortant !

C : c'est réconfortant ?

P : ouais ouais le fait de savoir.... Ouais y a une petite routine qui est sympa enfin ouais ça me réconforte ! Y a juste que les plateaux repas viennent beaucoup trop tôt ! C'est vraiment trop tôt, à 12h je n'ai pas faim mais c'est vraiment le seul truc...

C : Mmm.... Alors dans vos habitudes à vous on a parlé de l'alimentation, est ce qu'il y a autre chose qui a changé dans vos habitudes ?

P : heu.... bah je lis beaucoup moins parce que ça me fatigue plus, j'sens plus le sommeil venir tout de suite parce que les chimio ça fatiguent mais j'arrive quand je discute ou regarde la tv l'idée c'est qu'avant où quand je fais d'autres trucs ça va, je colorie par contre la lecture, pourtant j'adore ça mais j'ai beaucoup de mal parce que ça me fatigue plus et je travaille pas du tout. J'ai aucune motivation pour travailler....

C : c'est compliqué pour de ne plus arriver à lire ou à travailler ?

P : j'ai extrêmement peur pour l'année prochaine de porter préjudice pour le concours etc.

C : vous préparez quel concours ?

P : CAFEP c'est comme le CAPES mais c'est pour le privé, mais c'est le même concours, en français.... Et du coup en grammaire etc. j'aurai bien aimé profité de l'hospitalisation pour réviser mais clairement j'y arrive pas..... Sinon qu'est ce qui a de changé, le fait de sortir, de faire mes achats toute seule par exemple j'fais tous mes achats sur internet, là j'avais des petites cadeaux de Noël à acheter et vu que j'peux pas sortir je fais tout par internet...

C : et ça c'est assez nouveau pour vous du coup...

P : d'être autant sur internet ? Ouais... heu oui oui carrément.

C : et du coup vous passez plus de temps sur internet en ce moment ou pas plus qu'avant ?

P : Mmm.... Bah la justement j'ai pas pris mon ordi parce que la semaine dernière j'ai fait que ça... mais sinon l'ordi j'en fais plus, je regarde des p'tites vidéos, mais je sens que ça me blase... ça m'enlève le peu d'énergie, ça me blase un peu...donc j'me suis dit cette semaine je le prends pas. Mais oui j'y suis un peu plus.

C : vous regardez des séries c'est ça....

P : oui des vidéos, des séries, j’ fais des achats... mais après ce qui a vachement changé aussi c’est que j’ dépends beaucoup des gens pour tout heu... ma mère, mon copain, je les sollicite beaucoup pour me prendre des trucs par ci par là pour m’ acheter des trucs... même d’ alimentation, par exemple là j’ lui ai dit qu’ il fallait que je mange des légumes parce que je suis constipée etc.. Et donc j’ ai tout de suite dit à ma ère « est ce que tu peux m’ acheter une poêlé de légumes verts picard comme ça je mangerai ça ce weekend end » parce que je vais chez les parents de mon copain, j’ ose pas demander à sa mère de cuisiner des légumes juste pour moi donc j’ lui dis que je ramène ça. Mon copain pareil faut qu’ il passe chez moi chercher tous les cadeaux pour les ramener ; ‘ fin je les sollicite beaucoup, beaucoup plus qu’ avant...

C : et ça comment vous le vivez ?

P : de les solliciter ? Ben... pour ma mère mal parce que je sais qu’ elle travaille et qu’ elle fatigue en plus elle me dira jamais non, elle se plaindra jamais en plus elle fait toujours en plus trop mais... heu... je les sollicite pas, c’ est un peu gênant. Après je sollicite ceux que je sais que je peux solliciter, ma mère, mon copain et mon frère heu... j’ vais pas le premier venu, je sais que ça les dérange pas, ils savent que c’ est pour moi... j’ fais pas ça à n’ importe qui.

C : Mmm... Est-ce que vous voyez autre chose à dire sur les changements que ça provoque la maladie ?

P : bah je pleure plus, j’ suis plus à fleurs de peau heu.... (Silence) là comme je vais bien c’ est difficile, sinon j’ vais mal j’ vous aurai trouvé des tas de trucs (rire) mais là ça va donc j’ ai du mal à trouver des changements négatifs...

C : ou positifs...

P : après en changement positif, j’ ai pu voir à quel point je pouvais compter sur ma famille, mon copain... sur certaines amies aussi....

C : vous semblez surprise

P : oui étonnement j’ pensais pas autant, et par exemple mes deux meilleures amies, on a plutôt l’ habitude de se voir une fois par mois et de s’ envoyer des messages une fois par mois mais on est pas dans le texto quotidien comme on a pu être au collège ou au lycée ou on s’ envoie chaque moment de notre vie. mais là j’ ai été surprise par mes deux meilleures amies qui me demandent pratiquement chaque semaine comment ça va, qu’ essaient dans leur emploi du temps de se démerder pour qu’ on se voit heu... même le week end, et ça fait hyper plaisir, et contrairement à d’ autres qui beaucoup moins

alors que j'aurai pensé l'inverse... ça c'est vrai qu'on nous le dit toujours que dans ce genre de moment on voit ceux sur qui on peut compter et c'est tellement vrai ! On voit vraiment ceux qui sont là et ceux qu'on pensait qui seraient là et qui le sont pas...

C : c'est comment ça du coup ?

P : bah... je l'ai pas pris mal ça va, j'ai été surprise mais même celles qui m'ont... au fond de soi on s'y attend.... Je savais celles qui me demandent pas de nouvelles, au fond de moi je suis pas si étonnée que ça donc ça me gêne pas et mes meilleures amies j'suis étonnée et en même temps j'aurai été tellement triste, j'suis faussement étonnée car j'aurai été tellement triste qu'elles le fassent pas... que non non... mais bon ma famille pareil mon oncle et ma tante pareil... ils viennent hyper souvent, ils m'envoient des texto hyper souvent j'aurai jamais pensé, pas autant... j'aurais vraiment pas pensé, ils m'emmènent mon petit cousin, je les ai jamais autant vu que depuis que je suis malade (rire) mais du coup ça fait super plaisir, et j'aurai jamais pensé qu'ils seraient aux petits soins. J'ai une autre tante beaucoup moins mais heu... j'ai l'impression que par.... Si mon oncle n'avait pas été autant ma tante n'aurait pas fait d'effort pour venir au moins une fois... ils sont venus au moins une fois. Mais c'était vraiment pas imitation en quelques sortes parce qu'elle a vu que mon oncle était hyper présent, y a un peu de ça, de culpabilité... et de « bon bah on va essayer de venir » et ils sont venus mais c'est beaucoup moins, pas sincère mais après ils vraiment pris, je leur en veux pas ils ont des métiers hyper prenant... ils ont une famille voilà, je leur en veux absolument pas mais c'est vrai que de voir que mon oncle et ma tante - vous allez rien comprendre quand je dis mon oncle et ma tante vous devez pas savoir de qui je parle –

C : vous voulez préciser ?

P : bah j'sais pas parce qu'en fait y a la sœur de mon père et le frère de mon père et quand j'dis mon oncle et ma tante je réunis le frère de mon père et sa femme mais voilà

C : d'accord

P : mais eux j'aurai pas pensé, ils sont vraiment hyper présents. Donc ça c'est vrai que c'est un point positif...

C : au niveau des relations

P : ouais ! C'est de se rendre compte à quel point on est entouré et on pensait pas autant... donc ça j'suis vraiment contente. Autrement en point positif, avec mon copain ça nous a vraiment rapproché... on a toujours été très proche mais ça nous a vraiment rapproché quoi. C'est vrai que ça fait.... on dit

que c'est des épreuves qui consolident le couple et je le ressens vraiment comme ça vraiment beaucoup. Et lui de son côté j'y pense que c'est pareil. Et même à l'annonce, ça façon de réagir depuis le départ c'est hyper touchant, j'm'attendais pas non plus à autant et ça nous a vraiment rapproché. J'ai l'impression ouais que ça a consolidé quelque chose de très fort donc ça aussi c'est un point positif. Et moi prise de conscience par rapport à l'importance de ma santé, j'ai pris des tas de bonnes résolutions pour après le cancer.... par exemple je vais arrêter de fumer en soirée j'y compte même arrêter de boire totalement de l'alcool, j'étais pas une grande buveuse hein....

C : vous voulez me raconter comment vous consommiez de l'alcool ?

P : ouais... bah... en soirée, je conçois pas... à la base je conçois pas une soirée sans alcool, vraiment pas. Je suis pas complètement heu... comment dire.... J'vais pas par exemple.... j'ai eu des époques entre mes 17, 18 on va dire jusqu'à mes 19, 20 ça a pas duré très longtemps, ça a duré une petite année et demie où vraiment je tenais pas, j'finissais un peu bourrée à chaque fois etc. mais mais maintenant avec mes copines on est plutôt dans tout ce qui est vin, on va s'y prendre du vin blanc du vin rouge ou des cocktails... on va pas être dans le vodka orange ou le vodka redbull ou les trucs comme ça (rire) mais je conçois quand même pas une soirée sans alcool et sans cigarettes ! Je fume en soirée depuis mes 17-18 ans j'fume absolument pas en dehors, j'fume pendant les vacances de temps en temps quand j'vais en vacances avec mes copines. En fait pareil, la cigarette pour moi c'est exactement comme l'alcool... seule j'pourrais pas, parce que seule y a quelque chose de déprimant de... Comme si je me faisais du mal, y a quelque chose... j'pourrais pas. Alors que ouais boire seule j'trouve ça évoque beaucoup trop de, comme si on souffrait et qu'on voulait se noyer dans l'alcool. Donc j'peux... j'bois jamais seule ça m'est jamais arrivé, pareil, fumer seule... j'ai déjà essayé et la cigarette ne passé pas, j'sais pas c'est une expression que vous comprenez ? Genre j'avais la nausée et je l'ai terminé pas je l'appréciais absolument pas du coup j'ai pas retenté, par contre je vois l'alcool et la cigarette comme quelque chose que je partage dans les moments festifs, en terrasse avec des amis quand j'suis avec mes copines et que j'prends un monaco heu... j'ai envie d'une cigarette tout de suite et en plus elles sont exactement comme moi donc c'est horrible parce qu'on fume toutes de la même manière. Toutes mes copines fument de la même manière, on fume toutes quand on se voit en soirée ou qu'on s'invite... et du coup... donc pour moi c'est vraiment un moment de partage et en même temps c'est de l'insouciance totale car je sais que la cigarette ça peut nous faire que du mal et voilà le fait d'avoir le cancer m'a fait prendre conscience de pas mal de chose niveau santé et j'ai vraiment pour projet de me faire beaucoup plus de bien heu... parce que je pense que tout est lié à l'alimentation et à ce qu'on consomme et j'y pense que je.... J'vais pas dire que c'est de ma faute si j'ai un cancer mais quelque part je mangeais pas bien, chez moi on mange... ma mère... j'suis une famille plutôt modeste, on va

pas prendre notre viande en boucherie, ma mère elle va pas prendre ses légumes bio ou au marché, on mange pas beaucoup de légumes, on mange beaucoup de plats africains ou alors des plats français rapides type pâtes, avec peu de légumes... peu de chose un peu diet, par contre on mange pas hyper gras, pour le coup on mange pas hyper gras ! On mange pas de fromage, c'est pas dans sa culture, on mange pas de charcuterie, ma mère est musulmane même si nous on l'est pas elle va pas en acheter mais n'empêche que j'ai pas le sentiment de m'être bien alimentée.... J'ai eu une mini prise de conscience où j'ai commencé à bien m'alimenter, toute seule... heu... parce que j'ai travaillé au marché le samedi matin et d'être baignée dans les fruits et légumes j'me suis rendue compte que j'en mangeais pas et vu que j'travaillais la bas, j'faisais mes achats la bas c'était plus pratique, j'faisais toujours un p'tit sac et j'me suis mise à cuisiner parce que qui dit légume dit « tu les épluches et tu les prépares » et j'me suis rendue compte que j'aimais ça et Que ça me faisait du bien, au transit etc. et j'ai commencé à vraiment à m'intéresser à l'alimentation, à me rendre compte de pleins de choses, à quel point on se... on s'alimentait mal, on se pourrissait tout ce qui est industriel c'est poison comme pas possible, le sucre blanc..... Pleins de choses qui servent à rien et qui nous.... Et mais c'est affolant, vraiment c'est affolant quand on regarde au niveau des nutriments, faudrait prendre tout complet et pas du riz simple parce que ça nous apporte rien, 'fin y a pleins pleins de chose quand on prend conscience faudrait changer des tas de choses en fait. et du coup j'ai vraiment pour projet de me faire du bien après tout ça... essayer de rester en bonne santé, et que... par l'alimentation, arrêter l'alcool en soirée même pour Noël la p'tite coupe de champagne.. essayer d'être le genre de nana qui dit « non j'bois pas » (rire) « excusez-moi j'vais prendre le sans alcool ou le jus de fruit » et vraiment essayer de tendre vers ce genre de vie là, un peu plus sain un peu plus... Sans taper dans le ridicule hein ! Mais de me... arrêter d'être incohérente quoi

C : incohérente ?

P : j'trouve que c'est incohérent, de se mettre en mauvaise santé soi-même pour le plaisir, 'fin y a quelque chose de.... De bête enfin... donc c'est se voiler la face... quand j'vois ma belle maman qui fume énormément, mes beaux-parents, enfin j'dis beaux-parents mais on est pas mariés... mais qui fument énormément et quand j'les entends tousser et qui crachent leurs poumons j'me dis « mais dans 10 ans 'fin si ils arrêtent, c'est horrible, mais ils pourraient avoir un cancer », elle fume depuis qu'elle a 14 ans et quand j'l'entends tousser ça fait vraiment mal au cœur, ça à l'air de partir de tellement loin, elle a l'air tellement prise, elle se rend pas compte qu'elle se tue en fait... c'est comme si elle se tuait quoi. 'fin voilà ça m'a fait me rendre compte de tout ça...

C : Mmm...

P : et... donc voilà... j'essaierai d'être un peu plus.... Ça c'est un point positif par exemple...

C : cette prise de conscience sur....

P : ouais voilà en me disant faut que t'essaies, la santé c'est important. En plus c'est un capital santé que je vais donner à mes enfants parce qu'ils vont sortir de mon corps et si je leur offre un capital santé, pareil ils vont partir dans la vie avec plus de défenses immunitaires ou j'en sais rien ! Pour mettre tout ça... et puisque même l'air est pollué tout est contre nous donc j'me dis que si je leur donne en me faisant du bien, si je les aide après quand ils sortent de mon corps ! (rire) je vais super loin !! Pareil ça va être bien pour eux.... Voilà j'me dis que après ça faut vraiment pas que j'retombe malade d'une grosse maladie ou... faut que j'fasse attention...

C : Mmm... et du coup je repense à la cigarette et à l'alcool, du coup pendant ce temps de traitement vous consommez...

P : ah mais zéro ! zéro zéro zéro !

C : vous avez pas envie ou.....

P : non, déjà j'me dis que... 'fin j'ai pas posé la question au médecin mais j'sais pas l'alcool me paraît incompatible avec la chimio. J'me dis chimio et alcool c'est pas possible ! Déjà rien que chimio et doliprane c'est pas possible.... Euh... chimio et doliprane, rien qu'alcool et doliprane !! On dit non faut pas mélanger avec les médicaments, moi j'me dis j'suis carrément sous chimio donc j'ai pas envie de tester ! non non ! Là j'ai eu deux soirées, j'prends des jus de fruits bio, enfin j'les achète avant si... ceux qui en veulent en prennent, et moi j'bois ça... j'bois ça. J'prends des cocktails de jus de fruits en fait avec plusieurs jus dedans pour que ça fasse un petit peu... mais non non j'bois pas... Pas du tout ! Pas du tout de cigarettes, pareil j'me dis que c'est incompatible avec la chimio. Déjà que ça ça a fait un mal fou à mon corps si en plus j'en rajoute !

C : Mmm...

P : et puis j'me dis que ça peut interférer, avec les.... Ah non non vraiment pour moi il faut... pourtant les médecins me l'ont pas dit mais ça me paraît évident.

C : vous en avez parlé avec les médecins ?

P : non ! Bah il faudrait que je leur demande leur avis mais ça me paraît évident.... Euh... j'pense qu'ils diront non enfin j'espère j'sais pas. Après j'ai déjà vu des femmes avec des... sans cheveux, enfin voilà qui avaient un cancer et qui fumaient dehors dans Curie donc peut être que...

C : je pense que vous vous pouvez en parler avec le médecin

P : peut-être que c'est compatible, mais j' préfère me dire que ça ne l'est pas, j' pense c' est des gens qui arrivent pas à arrêter. Mais parce que ça me paraît... bizarre que ce soit compatible chimio et cigarette mais non non zéro zéro zéro. En plus de ça on m' a dit que... à chaque fois que je fais une IRM, j' fais une IRM de la tumeur du tibia mais aussi du thorax parce que ça peut métastaser dans les poumons, y a quelques chances, c' est pas énorme mais c' est un cancer qui a tendance dans certains cas à métastaser dans les poumons. Qui dit métastases dans les poumons dit il faut éviter... ils m' ont dit la poussière et la fumée de cigarette, ah si ils m' ont dit la fumée de cigarette ! du coup je demande même à mes amis de ne pas fumer devant moi, donc là par exemple j' avais une petite soirée, ils allaient dans la cuisine... moi je restais dans le salon ; j' ai eu des soirées entre copines où carrément elles descendaient dehors celles qui fumaient... elles descendaient en bas. J' essaie même pas de sentir ! Mais non vraiment je fais gaffe la dessus et justement j' me dis ça va me faire mon sevrage !

C : pour après ?

P : bah oui ! j' me suis dit... parce que j' avais toujours dit à mes copines que.... par contre, j' leur ai toujours dit que « cette vie-là qu' on mène le verre de vin avec la clope, j' adore » mais j' leur avais toujours dit que ça s' arrêtera quand je serai enceinte et je leur avais toujours dit que je me vois pas mère et fumeuse C' est quelque chose que... ma mère l' a pas été et elle nous a toujours dit voilà la cigarette c' est pas bien etc. et ça m' a aidé à commencer très tard, j' ai commencé vers 17 18 ans et je crois que c' est ce qui m' aide psychologiquement à ne pas fumer tout le temps. J' en fais un blocage, la nicotine n' a aucun effet sur ma personne. Je n' ai jamais envie d' une cigarette à part dans les moments que je me suis créée propice à... moment en terrasse avec les copines soirée c' est tout... autrement j' ai jamais eu une envie comme ça, je ne comprends même pas comment on peut avoir envie d' une cigarette, je sais même pas ce que ça veut dire ! et je suis sûre que c' est parce que ma mère m' a tout le temps dit que c' était pas bien et le fait qu' elle fume pas a beaucoup plus d' impact comme discours qu' une mère qui fume. Et de toute façon l' odeur de la cigarette imprégnée dans les vêtements, dans la maison... j' veux tellement pas ça pour mes enfants que quand je rentre chez les familles qui fument quand j' sens j' me dis c' est tellement pas sain, j' veux tellement pas que je leur avais toujours dit « cette vie-là moi j' compte l' arrêter quand j' serai enceinte ce sera mon sevrage les 9 mois et après j' arrêterai complètement la cigarette ». Et heu... j' leur ai toujours dit ça et là j' leur ai dit « c' est un signe, j' ai neuf mois de traitements, j' suis sous chimio, j' suis en mauvaise santé » et là j' leur ai dit « vous vous souvenez ce que j' vous avais dit etc... » Elles m' ont dit « ouais ouais quand tu seras enceinte t' arrêteras la cigarette » bah voilà donc... je vais utiliser ce moment-là, j' arrête plus tôt tant pis mais c' est mon

fameux sevrage. Ça me permet de me prouver à moi-même que j'peux passer de bonnes soirées sans boire et fumer, et au bout de 9 mois j'serai habituée, et tout le monde sera habitué et on me proposera plus et voilà... du coup ce sera parfait ! Ça tombe à pic si on peut dire ça ! Sinon je l'aurai fait au moment où je tomberai enceinte.

C : Mmm... est ce que vous voyez autre chose à dire sur les consos...

P : sur les consos... non. J'pense que ce sera un peu dur quand je serai re-mieux, parce que c'est vraiment un petit plaisir pour moi et j'ai du mal à... (Interruption soins)

C : donc oui je vous demandais si... on parlait des consommations...

P : oui et je disais que y aura p'tet des moments où ce sera durs même au niveau de mon alimentation, par exemple j'aimerais bien arrêter les produits laitiers issues du lait de vache parce que ça me fait mal au ventre et j'aimerais... j'ai vraiment du mal à me faire violence quand c'est pour le plaisir mais j'espère sincèrement réussir (interruption soins)

C : oui donc il peut y avoir des moments où ce sera compliqué même pour l'alimentation...

P : bah oui parce que pour la vie sociale que ce soit au restaurant ou quand j'suis en soirée, tout me tente, les amuses gueule débiles alors que j'aimerais bien ne pas en manger ou en tout cas des trucs un peu sain quoi... Pas des trucs avec du glutamate... ou des trucs avec dedans... enfin voilà j'aimerais bien avoir une vie un peu bio mais je sais que c'est super dur quand on est en soirée et que y a tout ça sur la table et de pas se dire « oh aller c'est pas grave », donc j'espère vraiment à réussir à me faire violence parce que j'ai d'autres problèmes à côté de ça qui sont aussi dû à l'alimentation, j'ai le corps acide et j'fais pas mal d'infection notamment en bas et c'est un peu compliqué et j'dois arrêter les produits laitiers, minimiser le sucre, et tout ça j'ai vraiment du mal, faut absolument que je réussisse parce que mon couple en dépend un peu et ma santé aussi. Donc non je suis vraiment motivée pour après, pour essayer de manger le plus possible, j'essaie de commencer dès maintenant...

C : et ça c'est l'expérience du cancer qui vous a...

P : oui qui m'a fait prendre conscience que c'était hyper important d'être en bonne santé, de se sentir bien dans son corps de ne pas se faire de mal... Enfin d'essayer de se faire un maximum de bien...

C : est-ce que vous voyez autre chose à ajouter ?

P : Non... non non ça va...

C : bon on peut s'arrêter là si vous ne voyez pas d'autre chose à préciser, merci beaucoup.

Avis des comités éthique

Comité d'évaluation éthique des projets de recherche en santé non soumis à CPP

N° 2015/3/

PROTOCOLE DE RECHERCHE : Adolescents, Jeunes Adultes, adaptation aux traitements du cancer, consommations de substances et addictions comportementales

Noms du/ des chercheur(s) : Cécile Flahault

Labo/ Service : Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS, EA 4057),
Université Paris Descartes - Institut de Psychologie

Protocole déposé le :

Évalué à la séance du : 13 janvier 2015

Favorable Défavorable Accord de principe A revoir ou à compléter

Commentaires :

Avis favorable. Les évaluateurs remercient le chercheur des modifications apportées qui répondent parfaitement à leurs observations précédentes.

N° IRB : 2015300001072



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

**Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé**

Dossier n° 15.131

Intitulé de la demande : Adolescents, Jeunes Adultes, adaptation aux traitements du cancer, consommations de substances et addictions comportementales.

Responsable scientifique : Cécile FLAHAULT
Université Paris-Descartes
Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé - EA 4057
Avenue Edouard Vaillant
92774 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex

Demandeur : Isabelle VARESCON
Université Paris-Descartes
Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé - EA 4057
Avenue Edouard Vaillant
92774 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex

Dossier reçu le : 11/14/2014

Dossier examiné le : 5 février 2015

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :

- Il manque les avis du CPP et du Comité d'éthique CERES
- Le recueil des coordonnées du patient : mail ou numéro de téléphone est effectué par le promoteur pour contact par un psychologue. Mais ce n'est pas très clair !
- Préciser qui fait les entretiens. Est-ce un psychologue dans chaque centre ?
- Le recueil de la nationalité doit être justifié.
- Il n'est pas précisé le mode de composition du numéro d'identification. Préciser où sera stockée la table de correspondance et confirmer sa composition (date de naissance, numéro de téléphone et adresse mail, mais sans les noms ?). Préciser la date de destruction de cette correspondance.
- Rajouter dans la note d'information, la référence à la loi informatique et libertés et la possibilité d'accéder aux données recueillies et auprès de qui. Rajouter qu'en cas de réponse révélant un risque pour le patient (addiction par exemple), la levée de l'anonymat permettra de modifier le traitement en conséquence.
- La note d'information pour les mineurs n'est pas présente.
- Voir le site du CCTIRS pour que la rédaction des lettres d'information soient conformes.

Fait à Paris, le 11 février 2015

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif

1, rue Descartes - 75231 Paris Cedex 05
<http://www.recherche.gouv.fr>

Scanned by CamScanner

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1853909 v 0

du 23 avril 2015

Madame FLAHAULT Cécile
LABORATOIRE DE PSYCHOPATHOLOGIE ET
PROCESSUS DE SANTE EA 4057, UNIVERSITE
PARIS DESCARTES
71, AVENUE EDOUARD VAILLANT
92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet.

Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

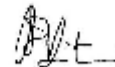
Organisme déclarant

Nom : LABORATOIRE DE PSYCHOPATHOLOGIE ET PROCESSUS DE SANTE EA 4057, UNIVERSITE PARIS DESCARTES	N° SIREN ou SIRET : 197517212 00019
Service :	Code NAF ou APE : 8542Z
Adresse : 71, AVENUE EDOUARD VAILLANT	Tél. : 0155205850
Code postal : 92100	Fax. :
Ville : BOULOGNE-BILLANCOURT	

Traitement déclaré

Finalité : DESCRIPTION D'UNE POPULATION

Fait à Paris, le 23 avril 2015
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

