



**DIFFÉRENCES DES SEXES DANS L'ADAPTATION  
PSYCHOLOGIQUE FACE AU CANCER :  
MÉCANISMES DE DÉFENSE ET COPING**

*DIFFERENCES IN PSYCHOLOGICAL ADAPTATION  
TO CANCER: DEFENSE MECHANISMS AND COPING*

---

---

**MARIE GUILLOTEAU**

Psychologue clinicienne

Diplômée de l'Ecole de Psychologues Praticiens

---

*Cette article est destiné à la recherche et à l'enseignement.  
Il ne peut être utilisé dans un but commercial.*

*Doi : 10.17019/2016.EPP.5.3-01*

## Résumé :

Le cancer influence la sphère somatique et psychique du sujet qui en est atteint. Cette recherche consiste à mettre en exergue les différences dans l'utilisation de stratégies permettant la survie psychique face au cancer, en fonction du sexe. Cette étude rétrospective a été menée auprès de sept hommes et sept femmes, de plus de quarante-cinq ans, suivant un traitement de chimiothérapie en ambulatoire, au sein d'un service d'oncologie et soins palliatifs. Une grille d'analyse scorée, évaluant coping et mécanismes de défense, a été élaborée à partir d'entretiens semi-directifs de suivi. Les résultats montrent que le rôle du genre et l'identité sexuée ont un impact sur les modalités défensives, l'ajustement relationnel, l'expression des émotions, le rapport au corps et l'investissement de la temporalité, face à l'adversité. Ces différences dépendent en grande partie de l'influence des stéréotypes sociaux concernant le genre.

**Mots clefs :** Cancer ; angoisse ; mécanisme de défense ; coping ; identité.

## Abstract :

Cancer influences the somatic and psychic sphere of the subject who is affected. This research therefore aims to highlight these gender differences in psychological survival strategies to cancer. This retrospective study was conducted among seven men and seven women, aged over forty-five, undergoing chemotherapy treatment as outpatients in an oncology and palliative care service. A scored grid of analysis, evaluating coping and defense mechanisms, was developed from semi-structured interviews conducted as part of psychological counselling. Results highlight the role of gender and sexual identity have an impact on defensive operations, relational adjustment, expression of emotions, the relationship with the body and investment of temporality, in front of adversity. These differences depend largely on the influence of social stereotypes regarding gender.

**Keywords :** Cancer; anxiety; defense mechanism; coping; identity.

## 1. INTRODUCTION

Le sujet atteint de cancer peut se trouver facilement confronté à l'idée de la mort, cette inconnue qui ne dépend pas de nous. L'angoisse associée fragilise le psychisme des sujets, qui développent alors des stratégies d'adaptation, dites de « coping », ainsi que des « mécanismes de défense » (Chabrol & Callahan, 2013).

À partir de ce que nous avons pu recueillir dans la littérature, nous pouvons estimer que de nombreuses recherches ont été effectuées sur les mécanismes de défense ou les stratégies de Coping. Certaines prennent en compte des populations atteintes de cancer précis, d'autres sont uniquement basées sur les différences entre hommes et femmes non-malades face à un stress aigu (Reilly, Gorell, Shaumberg & Anderson, 2016 ; Craciun, 2013 ; Jacobs-Lawson & al., 2010). Aussi, stratégies de coping et mécanismes de défense sont rarement associés. Or, nous avons pu noter que face à la maladie grave, ces deux concepts pouvaient cohabiter.

De plus, les différences entre les hommes et les femmes concernant les stratégies d'adaptation et défensives, face au cancer (quel qu'il soit), n'ont jamais été étudiées profondément ou n'ont été abordées que de manière superficielle (Meyerowitz, 2001). La mise en lumière de ces divergences permettrait une meilleure compréhension des enjeux psychiques des sujets, une prise de conscience de l'influence de l'appartenance sexuée sur le fonctionnement défensif et adaptatif des patients et inviterait les acteurs de la psycho-oncologie à en tenir compte dans leur prise en charge afin d'améliorer cette dernière.

Avant d'exposer l'aspect pratique de notre recherche, nous nous sommes d'abord appuyés sur différents concepts théoriques. En effet, le cancer est considéré aujourd'hui comme une maladie chronique dont l'issue est incertaine. Il pousse le sujet à appréhender la mort. Or, elle constitue un danger réel impalpable. C'est cette incapacité à nous représenter notre propre mort, qui constitue une angoisse (Freud, 1915). L'angoisse de mort permettrait l'anticipation du danger de mort afin de pouvoir mobiliser des défenses pour s'en extraire. C'est contre la mort psychique, le vide de penser, que le sujet cherche à se défendre (De Masi, 2010). Elle représenterait l'angoisse de castration suprême : la fin de l'immortalité inconsciente (Freud, 1925). Le clivage entre la vie et la mort évoque le clivage entre toute-puissance et anéantissement. Toute mort est relative à la perte et à la séparation. L'anticipation de la perte de notre puissance sur le monde, la perte des objets, la perte de la vie, confronte le sujet à un renoncement, une passivité angoissante. Cette angoisse liée au cancer touche différents aspects de la vie du sujet et aura des répercussions sur les fondements de son identité.

À l'apparition de la maladie, le corps n'est plus perçu comme fiable et devient le premier objet de soin. Certaines interventions, comme la chirurgie ou la chimiothérapie (alopécie, amaigrissement), peuvent s'avérer mutilantes. Cela peut altérer l'image du corps et le schéma corporel, donc l'identité, et nécessitera parfois un travail de deuil (Schilder, 1935 ; Dolto, 1984). En effet, le corps change, mais le Moi a l'impression de rester le même avec ses désirs et son idéal. Il y a un décalage. Le corps malade ne correspond plus à l'idéal du Moi. Le sentiment d'identité est remis en cause avec l'atteinte de l'intégrité des corps. Le narcissisme, faisant office de libido du Moi, est fragilisé. C'est une véritable castration symbolique, nécessaire au développement psychique. Elle vient remanier l'image de soi, de la vie et des autres, retravailler certaines identifications à un idéal, pour s'identifier, par la suite, à quelque chose de plus réaliste (Reich, 2008).

L'atteinte du corps dans son intégralité renvoie également le patient à son identité sexuelle. Les transformations corporelles le ramènent aux problématiques adolescentes de l'émergence sexuelle. L'atteinte de la virilité chez l'homme tient son origine dans le sentiment d'être devenu vulnérable, d'avoir perdu une certaine vigueur physique. Ce sentiment d'impuissance induit une blessure narcissique profonde. Chez la femme, le sentiment de féminité est remis en cause par le corps en tant qu'objet de séduction. Il fait office de médiation dans le rapport à l'autre et dans la sexualité féminine. La perte de certains attraits féminins renvoie à un désinvestissement libidinal du corps (Moley-Massol, 2009).

Aussi, le rapport à l'autre tient une importance cruciale dans le réaménagement identitaire face au cancer. Cette atteinte du corps constitue une perte d'autonomie qui touche le sujet dans sa dignité et son estime de soi. Le sujet malade désinvestit son monde objectal et déplace la libido sur son corps dans un repli narcissique. Il a de nouveau besoin de l'Autre pour se reconstruire et se redécouvrir, comme le nourrisson qui dépend de l'objet d'amour pour intégrer de nouvelles expériences. C'est grâce au renoncement de son autonomie totale qu'il pourra retrouver une contenance, une sécurité interne, en confiant sa vie et son corps à l'Autre (Freud, 1923). Les soins du corps constituent un nouvel étayage pour le remaniement du sujet (Anzieu, 1985). L'Autre agit également comme un miroir (Lacan, 1949). Le patient, qui, en se reconnaissant dans le regard de celui-ci, vient reconstruire cette identité meurtrie par la maladie, ne le renvoyant plus à cette simple identité de malade, mais à celle d'un être pensant, capable de retrouver une forme de contrôle interne, de subjectivation de ses éprouvés, qui vient combler l'hémorragie narcissique. Seulement, le sujet cancéreux ne peut s'appuyer uniquement sur ceux qui l'entourent. Afin de recouvrer son sentiment de sécurité interne et son estime de soi, il mettra en place des mécanismes adaptatifs qui dépendent de lui. Les mécanismes de défense et les processus de coping permettent de se protéger des angoisses et de maintenir l'homéostasie psychique, s'ils sont adaptés à la situation.

Nous n'évoquerons que les mécanismes de défense (DSM IV-TR, 2003) les plus fréquemment utilisés face à la maladie : l'humour, la sublimation, l'anticipation, l'affiliation, l'affirmation de soi, la répression (niveau adaptatif élevé ou défenses matures) ; le déplacement, l'annulation,

l'isolation de l'affect, la formation réactionnelle (niveau des inhibitions mentales et des formations de compromis ou défenses névrotiques) ; la dépréciation, le déni, la projection agressive, la rationalisation, le clivage, la rêverie autistique, le retrait apathique (mécanismes de défense immatures).

Quant aux processus de coping, stratégies plus ou moins conscientes, ils constituent un effort individuel cognitif, émotionnel ou comportemental, pour gérer une demande spécifique interne ou environnementale en fonction des ressources individuelles, sociales et psychologiques (Lazarus & Folkman, 1984). Les méta-stratégies de coping développées à ce jour sont le coping centré sur le problème, véritable tentative d'action pour résoudre la situation stressante et le coping centré sur l'émotion, visant à réguler l'émotion engendrée. Le coping peut également être classé en sous-stratégies en fonction de son mode d'utilisation : le coping actif, passif, évitant, vigilant et la recherche de soutien social.

Selon Chabrol et Callahan (2013), les mécanismes défensifs sont les premiers à intervenir et les processus de coping constitueraient un second recours si la menace est toujours perceptible par le sujet. Il serait donc plus juste d'intégrer mécanismes de défense et coping conjointement. Or, leur mobilisation ne s'avère pas toujours fonctionnelle, dans la durée elle peut engendrer des troubles de l'adaptation.

L'adaptation constitue un véritable enjeu dans la survie psychique du patient en oncologie. Celui-ci se confronte à une quête de sens et à un besoin de maîtrise important, dans cette crise existentielle qui met à l'épreuve son narcissisme, son corps, ses relations et son identité. Face à cela, il devra mobiliser sans cesse ses ressources afin de se conformer aux changements imposés par cette réalité. Afin de mettre en exergue des pistes de réflexion quant à l'adaptation des prises en charge psycho-oncologiques en fonction des patients, nous allons tenter de déterminer s'il existe ou non des différences d'adaptation en fonction du sexe face au cancer.

Suite à nos observations dans un service d'oncologie et soins palliatifs, nous nous sommes demandés : Y a-t-il des stratégies adaptatives et défensives privilégiées en fonction du sexe des patients atteints d'un cancer et suivant un traitement de chimiothérapie ?

Afin de répondre à cette problématique, nous posons les hypothèses suivantes :

**Hypothèse 1 :** Les hommes atteints d'un cancer ont plus tendance à utiliser des stratégies d'évitement que les femmes.

**Hypothèse 2 :** Les hommes utilisent plus facilement les stratégies centrées sur le problème que leurs homologues féminins.

**Hypothèse 3 :** Les femmes atteintes d'un cancer ont plus tendance à utiliser des stratégies actives centrées sur l'émotion et/ou de recherche de soutien social que les hommes.

**Hypothèse 4 :** Il existe des différences dans l'utilisation de certains mécanismes de défense en fonction du sexe.

## 2. MÉTHODE

### 2.1 Présentation de la population d'étude et étendue de l'échantillon

La sélection de notre population s'est déroulée de manière aléatoire. L'inclusion de ces patients dans cette étude a été déterminée par leur arrivée dans le service d'oncologie pour leurs premières séances de chimiothérapie et par leur volonté à être suivis psychologiquement.

Ainsi nos critères d'inclusion étaient le diagnostic préalable d'un cancer, un traitement de chimiothérapie ayant une visée curative ou préventive (post-opératoire, par exemple), une prise

en charge psychologique dès le début des traitements, la fluence verbale et la maîtrise du français. D'autre part, nous avons exclu de cette étude toute personne ayant une pathologie psychique déclarée et diagnostiquée ou ayant déjà effectué un séjour dans un établissement de santé mentale. Ce critère d'exclusion a été vérifié lors des entretiens d'anamnèse et à l'aide du dossier médical. Nous avons également veillé à contrôler certaines variables comme l'âge et le sexe. En effet, nous n'intégrons pas dans cette étude les enfants, adolescents et jeunes adultes. Selon certaines études, bien que les processus de coping resteraient stables au cours de la vie d'un sujet, les mécanismes de défense, eux, évolueraient avec l'âge et les défenses inadaptées diminueraient (Segal, Coolidge & Mizuno, 2007). Ainsi, exclure les sujets de moins de quarante ans nous permettrait d'éviter de trop gros écarts concernant la maturité du fonctionnement défensif. Aussi, nous avons tenté de faire en sorte qu'il y ait autant d'hommes que de femmes pour permettre la réalisation de l'étude. Cependant, certaines variables n'ont pas pu être contrôlées. En effet, nous n'avons aucune prise sur le stade de la maladie ou son évolution au début de la chimiothérapie et du suivi psychologique. La durée de la chimiothérapie est variable en fonction du type de cancer et de son évolution. Le milieu économique et social, la catégorie socio-professionnelle et le statut familial sont à leur tour difficilement contrôlables.

Notre échantillon comprend quatorze individus (sept hommes et sept femmes) atteints de cancers divers, suivant un traitement de chimiothérapie, de niveaux socio-économiques différents, entre quarante-cinq et quatre-vingts ans.

Cet échantillon a été constitué de manière aléatoire, en fonction des critères d'inclusion. Ce service d'oncologie ayant peu de places, le nombre d'individus inclus dans l'étude a été modérément limité par ce facteur.

### 2.2 Recueil des données

Il s'agissait d'apporter un soutien psychologique aux patients par le biais d'entretiens semi-directifs. Après chaque entretien, un travail de prise de notes gardait trace de ce qui avait été verbalisé, maintenant ainsi une cohérence dans le cadre du suivi. Il s'agit d'une étude rétrospective, dont le thème n'a été pensé que lors du dernier mois : les entretiens recueillis n'ont donc pas été influencés par l'objet de notre étude.

A l'aide d'un formulaire de consentement libre et éclairé, le sujet de l'étude a été communiqué aux patients a posteriori et leur accord leur a été demandé quant à l'utilisation des entretiens menés tout au long du suivi. Conformément au Code de déontologie des psychologues de 2012, nous leur avons garanti l'anonymat et la confidentialité des données, ainsi que la possibilité de se rétracter si cela est souhaité. Nous leur avons précisé qu'un retour concernant les résultats de l'étude leur sera communiqué, s'ils en font la demande.

### 2.3 Outils de recherche et analyse des données

Les entretiens semi-directifs utilisés dans cette étude étaient effectués dans la chambre des patients lors de leur prise de traitement. Ils avaient pour but premier le soutien psychologique des patients en chimiothérapie. Or, a posteriori, ils sont devenus pour nous une source importante de données qualitatives.

En effet, à travers ces divers entretiens cliniques, nous avons su entendre, accueillir et comprendre le vécu de ces patients face à la maladie et au traitement, leur souffrance, leur histoire et l'impact du cancer sur leur vie. Le patient était libre de s'exprimer et d'aborder les sujets qu'il souhaitait évoquer à sa guise.

L'aspect directif entrant en compte seulement pour guider le patient vers un approfondissement de certains sujets abordés ou bien vers un sujet permettant la mise en lien, la mise en mots ou l'avancée du travail psychologique en cours. Lorsque certains sujets n'avaient pas été abordés lors

des entretiens précédents, nous posons parfois des questions (quand la discussion s'y prêtait), sans pour autant priver le patient de notre capacité d'écoute, ni de sa propre liberté d'expression. L'entretien permet de laisser le patient exprimer sa propre subjectivité. A travers ce qu'il exprime verbalement et physiquement, nous avons pu nous saisir de certaines données qualitatives. En retranscrivant le « verbalisé » et le comportement perçu, de chaque patient, nous serons par la suite dans la possibilité de les regrouper dans des catégories spécifiques, permettant une analyse quantitative et comparative de ces données.

Nous n'avons pas utilisé d'autres instruments de recueil de données, sachant que notre étude est rétrospective. En effet, l'entretien est un moment privilégié pour le patient, qui fait office de « soutien-soin » psychologique pendant les soins physiques. Si nous avions pensé notre étude avant la fin des suivis, cela lui aurait été retiré au service de nos besoins, il aurait pu se sentir dépouillé, voire trahi. Cela aurait pu également biaiser les résultats de notre étude si nous avions utilisé un test, par exemple. Les patients auraient pu être moins authentiques dans leurs stratégies défensives ou adaptatives. Aussi, le lien thérapeutique et la relation de confiance établis, entre nous, auraient pu être menacés ; le nouvel outil pouvant être perçu comme une rupture dans le suivi thérapeutique. L'aspect rétrospectif de notre étude permet donc une certaine authenticité des résultats et nous confère la double « casquette » de thérapeute et de chercheur.

### 2.3.1 Grille d'analyse des entretiens : une analyse quantitative

Certaines analogies dans le discours des patients ou certaines thématiques récurrentes ont été repérées lors de l'analyse de tous les entretiens retranscrits. Cela nous ayant permis d'effectuer un regroupement catégoriel des stratégies et mécanismes de défense faisant l'objet de notre recherche, nous avons pu mesurer le degré d'implication des sujets dans certains modes adaptatifs et défensifs. Notre choix s'est porté sur l'utilisation de scores. Ainsi, les données qualitatives deviennent quantitatives grâce à cette échelle de Likert. C'est donc à partir des entretiens qu'il a menés que le praticien peut remplir la grille, à l'aide du mode d'emploi (cf. Figure 1), afin de mieux déceler l'usage des mécanismes de défense et des stratégies de coping des patients.

- 1) Cocher les cases si le discours du sujet correspond aux différents items, pour chaque moment du suivi : **au début, au milieu et à la fin.**
- 2) Cocher la case **Souvent** lorsque l'item correspondant est validé au début, au milieu et à la fin du suivi (**3 cases cochées**) ; **Parfois** quand seules **2 cases** ont été cochées précédemment (« milieu et fin » ou « début et milieu » ou « début et fin ») ; **Rarement-Jamais**, quand **une seule case ou aucune** a été cochée (« début » ou « milieu » ou « fin »).
- 3) **Souvent** correspond à un score de **2 points**, **Parfois** à **1 point** et **Rarement-Jamais** à **0 point**. Par exemple, si le sujet disait seulement au début du suivi : « Je ne veux pas dire à mes amis que je suis malade », on attribue le score de 0 point à l'item de dissimulation : « Le patient ne dit rien de sa maladie ou de son avancée à son cercle social étendu » Or, s'il continue à dissimuler sa maladie à ses amis tout le long du suivi, on attribuera un score de 2 points à cet item.
- 4) Pour chaque catégorie et sous-catégorie **comptabiliser les scores** et comparer aux scores maxima possibles.

Figure 1. Mode d'emploi de la grille d'analyse.

Cette grille d'analyse est composée de douze items dans la catégorie « Coping recherche de soutien social » dont quatre sont liés au « coping centré sur le problème » et huit au « coping centré sur l'émotion ». Une autre catégorie « coping centré sur l'émotion » prend en compte cinquante trois items liés aux mécanismes de défense associés. La catégorie « Coping centré sur le problème » comprend vingt-deux items associés également à divers mécanismes de défense. Chaque item est muni d'un code couleur en fonction de son association avec divers sous-stratégies de coping (passif, actif, évitant) et s'il s'agit de symptômes dépressifs.

Par exemple, l'item dix-sept de la catégorie « Coping centré sur l'émotion » évalue l'utilisation de la projection agressive. Son code couleur l'associe à la sous-stratégie « Coping évitant ». Si cet item est validé, il sera donc possible de dire que l'utilisation de la projection agressive par le patient renforce la probabilité qu'il emploie un « coping émotionnel évitant ».

La relecture du remplissage de la grille par un étudiant en psychologie a permis d'éviter un biais d'influence sur les résultats. Après avoir converti le « score du patient sur le score maximum » en pourcentage, nous avons calculé la moyenne de ces pourcentages pour chaque échantillon (moyenne des hommes et moyenne des femmes) dans les catégories respectives.

Nous avons effectué une analyse quantitative comparative et statistique venant valider ou non nos hypothèses de recherche, ce qui a permis de faire la comparaison des stratégies, une à une, entre les hommes et les femmes.

### 2.3.2 Analyse qualitative thématique du discours des sujets

Suite à notre analyse quantitative, nous avons envisagé des liens avec nos données qualitatives recueillies pendant les entretiens. Nous avons étayé notre première analyse, par un approfondissement plus analytique du discours des sujets, afin de mettre en lumière les différentes formes d'expression propres à chacun en fonction des catégories thématiques. Nous avons pris en compte le ton employé, le verbal et le non-verbal. Cette analyse thématique de tous les entretiens permet d'illustrer les enjeux psychiques liés aux stratégies adaptatives et défensives face au cancer.

## 3. RÉSULTATS

Notre population est composée de 14 patients, atteints de cancers divers, traités par chimiothérapie en ambulatoire. Nos échantillons sont composés de 7 femmes et de 7 hommes. La moyenne d'âge est de 60,9 ans (58,9 ans hommes et 62,9 ans femmes).

### 3.1 Analyse statistique des résultats de la grille d'analyse en fonction du sexe

#### Coping « recherche de soutien social » : Femmes 82,1% > Hommes 38,1%

Cette différence, statistiquement significative, nous permet de dire que les femmes de notre échantillon utilisent plus le Coping « Recherche de soutien social » que les hommes de notre étude. Ces résultats semblent venir confirmer notre troisième hypothèse de recherche.

#### Coping « Recherche de soutien social centré sur les émotions » : Femmes 80,4% > Hommes 19,6%

Cette différence, statistiquement significative, nous permet de dire que les femmes de notre échantillon utilisent plus le Coping « Recherche de soutien social centré sur les émotions » que les hommes de notre étude.

#### Coping « évitant » : Femmes 22,2% < Hommes 38,2%

Cette différence statistiquement significative nous permet de dire que les hommes de notre



échantillon utilisent plus le Coping « évitant » que les femmes de notre recherche. Ces résultats semblent en adéquation avec notre première hypothèse.

**Coping « émotionnel actif » : Femmes 55,2% > Hommes 24%**

Cette différence statistiquement significative nous permet de dire que les femmes de notre étude utilisent plus le Coping émotionnel « actif » que les hommes de notre échantillon.

Notre analyse des pourcentages révèle l'absence d'une différence statistiquement significative entre les moyennes des échantillons hommes et femmes pour les stratégies de coping : « **Recherche de soutien social centré sur le problème** », « **émotionnel passif** » et coping « **centré sur le problème** » (cf. Tableau 1). Cela nous permet de dire qu'il n'existe pas de différence d'usage de ces styles de coping en fonction du sexe.

Tableau 1. Résultats statistiques comparatifs des moyennes d'utilisation des stratégies de coping entre les hommes et les femmes.

Coping Soutien social	N	Moyenne (%)	Ecart type	F (Fisher)	t (5%)	ddl	Différence des moyennes
Femmes	7	82,1	9,8	1,01	8,4	12	44
Hommes	7	38,1	9,8				
<b>Coping soutien social centré sur le problème</b>							
Femmes	7	85,7	15,2	4,23	0,3	12	
Hommes	7	71,4	31,2				
<b>Coping soutien social centré sur les émotions</b>							
Femmes	7	80,4	13,7	1,14	8	12	60,8
Hommes	7	19,6	14,6				
<b>Coping émotionnel évitant</b>							
Femmes	7	22,2	7,4	1,07	-4,1	12	16
Hommes	7	38,2	7,1				

<b>Coping émotionnel actif</b>							
Femmes	7	55,2	9,6	1,06	6,2	12	31,2
Hommes	7	24	9,4				
<b>Coping émotionnel passif</b>							
Femmes	7	19,4	16,9	1,34	-0,1	12	
Hommes	7	20,4	19,6				
<b>Coping centré sur le problème</b>							
Femmes	7	47,7	4,9	10,1	1,82 (Welch)	7,18	
Hommes	7	36,4	15,6				

**Mécanismes de défense :**

L'analyse ne permet pas ici d'affirmer qu'il y a une différence significative entre les deux moyennes de l'échantillon, pour chaque niveau défensif (adaptatif élevé, névrotique, immature). On peut donc dire ici que **les hommes et les femmes de notre étude utilisent autant les différents niveaux adaptatifs des mécanismes de défense.**

On peut tout de même observer que certains mécanismes de ces catégories sont plus utilisés en fonction du sexe des individus.

**Mécanismes de défense de niveau adaptatif élevé :**

**Affiliation : Femmes 92,9% > Hommes 23,8%**

**Affirmation de soi : Femmes 92,9% > Hommes 28,6%**

**Répression : Hommes 73,2% > Femmes 21,4%**

Les mécanismes les moins utilisés (inférieurs à 15%) sont « la sublimation et combativité » pour les hommes.

**Mécanismes de défense névrotiques :**

**Isolation des affects : Hommes 54,1% > Femmes 15,3%**

**Annulation : Femmes 17,6% > Hommes 3,6%.**

Les mécanismes névrotiques les moins utilisés (inférieurs à 15%) sont « l'annulation » et « la dissociation » pour les hommes.

**Mécanismes de défense immatures :**

**Projection agressive : Femmes 40% > Hommes 18,6%**

**Rêverie autistique : Hommes 42,9% > Femmes 14,3%**

**Retrait apathique : Hommes 42,9% > Femmes 11,9%**

Les mécanismes de défense immatures les moins utilisés (inférieurs à 15%) sont « la dépréciation », « l’omnipotence », « la rêverie autistique » et « le retrait apathique » pour les femmes.

Les résultats comparatifs sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2. Résultats statistiques comparatifs des moyennes d’utilisation des styles de mécanismes défensifs entre les hommes et les femmes.

Mécanismes adaptatifs élevés	N	Moyenne (%)	Ecart type	F	t(5%)	ddl	différence des Moyennes
Femmes	6	48,7	34,4	2,6	0,82	10	
Hommes	6	35,1	21,3				
<b>Mécanismes névrotiques</b>							
Femmes	5	27,4	12,3	6,78	0,46 (Welch)	5,2	
Hommes	5	34,4	31,9				
<b>Mécanismes immatures</b>							
Femmes	7	21,5	11,3	1,03	1,05	14	
Hommes	7	27,4	11,2				

**3.2 Analyse thématique des données qualitatives**

**L’ajustement relationnel dans la maladie.**

Les femmes utilisent l’affiliation et le pseudo-altruisme et le coping recherche de soutien social auprès de tous leurs cercles sociaux (6 participantes sur 7 auprès de la famille, l’ensemble auprès des amis, l’ensemble auprès du conjoint). Elles s’appuient tant sur les ressources émotionnelles que sur la recherche d’informations. Cela semble avoir une visée sociale de satisfaction personnelle et de pérennisation des relations. Elles auraient également plus d’attentes concernant l’investissement de leur conjoint dans le soutien social.

Les hommes préfèrent se restreindre à la recherche d’information et ne cherchent le soutien qu’auprès d’un cercle intime restreint comme la famille (5 participants sur 7) ou la conjointe (3 participants sur 7). Seulement un participant s’appuie sur ses amis. Ils trouveraient le soutien de leur conjointe suffisant voire, envahissant car ils se sentiraient trop infantilisés. Il y a donc une insatisfaction permanente concernant l’attitude du conjoint, quel que soit le sexe.

**Le rapport au corps.**

2 femmes sur 7 se plaignent des effets secondaires du traitement (perte de cheveux, problèmes digestifs, fatigue, nausées) contre 6 sur 7 des hommes. En effet, cela aurait moins d’impact chez les femmes, qui disent « *en profiter pour se reposer* », plutôt préoccupées par l’esthétisme de leur apparence. 5 des femmes de notre étude précisent prendre d’autant plus soin d’elles depuis qu’elles sont malades, afin de « *rester féminine* » et « *toujours se sentir belle dans le regard des autres* ». Elles expriment le besoin d’être toujours désirables, refusant de se départir de leur identité féminine en société. Cela met à nouveau en lumière l’importance des relations sociales pour les femmes dans la maladie.

Les hommes, pour leur part, auraient plus tendance à se plaindre des effets secondaires car la vulnérabilité physique aurait plus d’impact psychologique sur eux. Le corps, faisant office de médiation dans l’expression de la virilité, à travers l’usage de la force, n’obéit plus à cette fonction lorsqu’il est atteint d’un cancer. Cela renvoie à nouveau à l’angoisse de castration. La vulnérabilité physique place le sujet masculin dans une perte de contrôle, de maîtrise de son corps et le voue à une limitation de son activité. 5 hommes sur 7 se sentiraient affectés par l’atteinte de leur virilité sur le plan physique.

**Diversions face à l’angoisse et troubles adaptatifs.**

L’ensemble des hommes disent chercher à se divertir pour oublier pendant les traitements : 3 sur 7 se réfugient dans le sommeil ou la rêverie, 2 sur 7 adoptent des conduites auto-destructrices et 4 sur 7 continuent à travailler. L’activisme et le déni leurs permettent d’échapper à la réalité de la maladie au quotidien. Ils ont besoin de séparer la sphère saine de la sphère malade car les traitements les confrontent à leur vulnérabilité physique et une certaine passivité infantile. Ce clivage constituerait une réponse à l’angoisse de castration. Faire comme avant la maladie en dehors des périodes de traitement leur confère un sentiment de contrôle et les rassure. Ces résultats correspondent avec l’utilisation du Coping évitant. Cependant, sur le long terme, cela peut s’exprimer sous forme de troubles de l’adaptation et mener à une dépression masquée.

L’ensemble des femmes de notre étude sont retraitées ou ont arrêté de travailler au début du traitement, afin d’optimiser leur rémission ou le temps à passer avec leurs proches. 6 femmes sur 7 ne chercheraient pas à s’occuper l’esprit en permanence pour « *oublier* » la maladie. Elles parviennent à mieux la vivre en y trouvant des bénéfices : à travers la régression et les bénéfices secondaires. Ces aspects du vécu sont en lien avec la recherche de soutien social. L’Idéalisation des soignants et la régression peuvent être interprétés comme une recherche d’étayage, un retour à l’état archaïque tout puissant de la dyade mère/enfant. Ainsi, cela leur conférerait un sentiment de contrôle.

Ces différences résideraient dans le besoin de se renarcissiser et de répondre aux attentes sociales. Nous pouvons soulever l’hypothèse selon laquelle les modalités d’expression de la souffrance ne sont pas les mêmes entre les hommes et les femmes. Celles des hommes étant éventuellement plus silencieuses et donc plus difficiles à évaluer, le soutien apporté aux hommes n’est peut-être pas suffisant.

5 femmes utilisent la décharge émotionnelle, pour un homme de notre étude. La souffrance est donc plus facilement repérable chez les femmes.

**Investissement de la temporalité.**

6 des femmes sur les 7 de cette étude font des projets positifs post-traitement. En effet, ces femmes souhaitent profiter de la vie une fois leur traitement terminé. Ces pensées leur permettent de garder

espoir, d'idéaliser l'avenir, de se raccrocher à quelque chose de positif pour faire face à la maladie, maladie perçue comme la possibilité de modifier positivement « *la vie d'après* », d'imaginer et de construire fantasmatiquement leur « retour à la vie saine, à la vie normale ». La rémission serait une renaissance et non un simple retour à la vie d'avant.

Cependant, l'ensemble des hommes refusent d'avoir des projets, pour ne pas se « *faire de faux espoirs* », comme le souligne Monsieur B. Le temps et les investissements semblent suspendus. Les hommes vivent dans le temps du cancer, au jour le jour, refusant l'idéalisation, pour ne pas être déçus par l'issue. Ils préfèrent être surpris par la guérison, l'appréciant d'autant plus, que s'ils l'avaient rêvée trop souvent.

## 4. DISCUSSION

L'objectif de cette recherche était de déterminer et de mettre en lumière les différences dans l'utilisation de stratégies permettant la survie psychique face au cancer, en fonction du sexe. Concernant le coping, il existe des écarts notables dans leur utilisation en fonction du sexe des sujets malades. De nombreuses études par le passé ont déjà fait état de certaines différences (Ptacek, Smith, Dodge, 1994 ; Larson, 2006 ; Eaton & Bradley, 2008).

En effet, nos résultats soulignent la tendance des hommes à utiliser des mécanismes de défense tels que « *la répression* », « *l'isolation des affects* », « *le retrait apathique* », « *la rêverie autistique* » et « *le clivage* ». Le style de coping qu'ils adoptent majoritairement est le « coping émotionnel évitant ». Ces résultats viennent valider notre première hypothèse selon laquelle les hommes atteints d'un cancer ont plus tendance à utiliser des stratégies d'évitement que les femmes.

Concernant le coping « *émotionnel passif* » et le coping « *centré sur le problème* », les hommes et les femmes semblent les investir dans les mêmes proportions. La deuxième hypothèse de cette recherche, émettant la possibilité que les hommes utilisent plus facilement des stratégies centrées sur le problème que leurs homologues féminins, est donc infirmée.

Les femmes utilisent plus que les hommes les mécanismes de défense comme « *l'affiliation* », « *la régression* », « *l'affirmation de soi* », « *le pseudo altruisme* », « *la formation réactionnelle* » et « *la projection agressive* ». Nous notons également qu'elles sont plus enclines à adopter les styles de coping « *recherche de soutien social* » et « *émotionnel actif* ». Ces résultats semblent en accord avec la recherche de Jacobs-Lawson et ses collaborateurs (2010) et viennent valider notre troisième hypothèse de recherche selon laquelle les femmes atteintes d'un cancer ont plus tendance à utiliser des stratégies actives centrées sur l'émotion et/ou de recherche de soutien social que les hommes. Elles expriment plus facilement la souffrance émotionnelle que la souffrance physique, à l'inverse des hommes.

Nous avons repéré que l'utilisation de certaines organisations défensives varie en fonction du sexe face au cancer. Ces résultats viennent valider notre dernière hypothèse de recherche supposant qu'il existe des différences dans l'utilisation de certains mécanismes de défense en fonction du sexe. Cependant, comme c'est le cas dans l'étude de Petraglia, Thygesen, Lecours et Drapeau (2009) sur les différences de genre dans l'utilisation des mécanismes de défense, nous n'avons relevé aucune différence concernant la maturité du fonctionnement défensif global pour les individus.

### 4.1 L'ajustement relationnel dans la maladie

Tout d'abord, nous remarquons certaines similitudes entre les mécanismes les plus utilisés par les femmes et les stratégies de coping. « *L'affiliation* » et le « *pseudo- altruisme* » sont deux réponses inconscientes ayant une visée sociale de satisfaction des besoins personnels et permettant de

pérenniser les relations. On peut les assimiler à une composante du coping « *recherche de soutien social* ». Ces résultats viendraient renforcer la théorie de Chabrol et Callahan (2013) selon laquelle les mécanismes de défense détermineraient le style de coping.

Nous avons également pu relever que les femmes cherchent le soutien social auprès de toutes personnes susceptibles de leur accorder. Elles s'appuient tant sur les ressources émotionnelles que sur les informations.

En revanche, les hommes restreignent la « *recherche de soutien social centré sur l'émotion* » à leur famille et semblent lui préférer le coping « *recherche de soutien social centré sur le problème* », à travers la recherche d'informations.

Ces résultats semblent être en accord avec les recherches de nombreux auteurs s'intéressant à la différence de genre dans le coping (Jacobs-Lawson et al., 2010 ; Weiner, 2015). Ils viennent valider notre troisième hypothèse.

On peut interpréter ces résultats comme l'expression différentielle de l'angoisse de castration dans les deux sexes. La blessure narcissique est plus importante chez l'homme face à la perte corporelle. Elle constitue une atteinte à sa virilité. Chez la femme l'angoisse devient angoisse de perte d'amour de l'objet, la rendant plus vulnérable à la séparation. C'est pourquoi elle aura tendance à multiplier les sources de soutien social. Elle comble la blessure narcissique en adoptant des attitudes socialement valorisées.

Aussi, le rôle traditionnel du genre féminin dans notre culture s'apparenterait à être plus investi dans les liens sociaux et familiaux, tandis que l'homme devrait conserver une image virile et indépendante. Le faible investissement relationnel comparé aux femmes semble donc prendre une valeur défensive, de mise à distance émotionnelle. Ces différences pourraient s'expliquer par un besoin de répondre aux attentes socio-culturelles

### 4.2 L'expression des émotions

Les hommes tendraient à plus utiliser le coping « *émotionnel évitant* » et les femmes le coping « *émotionnel actif* ». Ainsi, les femmes auraient plus de facilités à exprimer leurs émotions au regard de cet événement de vie stressant et les hommes, à l'inverse, cherchent à réguler, inhiber et contrôler les leurs. Ces résultats sont en adéquations avec les recherches de Craciun en 2013 et valident la première et la troisième hypothèse de l'étude.

Cette différence s'expliquerait en partie par celles du genre dans les rôles psycho-sociaux. En effet, les attentes sociales autorisent plus facilement aux femmes d'exprimer leurs affects et donc de prendre une position proactive dans la résolution de problème, tandis que « cela rendrait difficile pour les hommes d'accepter et d'exprimer le sentiment de faiblesse, d'incompétence ou de peur » (Matud, 2004, p.1403). Cette permissivité sociale à l'égard des femmes concernant une expression émotionnelle plus intense entraînerait des difficultés de gestion. Mais cette extériorisation, grâce à sa fonction de décharge, et l'acceptation des émotions négatives leur permettraient de mieux s'adapter à la maladie (Weiner, 2015).

À l'instar de l'étude de Vaartio, Kiviniemi et Suominen (2003), nous avons observé dans notre recherche que les hommes ne font quasiment jamais référence à un besoin émotionnel de peur de paraître faibles aux yeux des autres. Ils privilégient l'évitement émotionnel et utilisent des mécanismes de défense qui s'en rapprochent, comme « *l'isolation* », « *l'intellectualisation* », « *la dissociation* », « *la répression* » et « *la rêverie autistique* ». Ils auraient de meilleures compétences de régulation émotionnelle, en accord avec les recherches de Anderson, Reilly, Gorell, Schaumberg, et Anderson (2016).



Selon Plant, Hyde, Keltner et Devine (2000), les stéréotypes spécifiques du genre conditionnent bien plus l'expression que l'expérience émotionnelle. Ainsi, même si les sujets sont confrontés à la même expérience émotionnelle, les femmes tendent à plus facilement exprimer leurs émotions que les hommes. Le non respect des stéréotypes du genre peut avoir un impact social négatif, c'est pourquoi certaines conventions persistent dans notre culture. L'expression émotionnelle étant moins condamnable pour les femmes que pour les hommes, elles éprouvent moins la nécessité de contrôler leurs émotions. Cela expliquerait donc l'écart d'utilisation entre le coping « émotionnel actif » et le coping « émotionnel évitant » ainsi que les mécanismes de défense associés, entre les hommes et les femmes.

#### 4.3 Le rapport au corps

Après avoir constaté que les femmes de notre étude se focalisent plus sur l'aspect émotionnel et social pour lutter contre l'angoisse, les hommes se concentrent plutôt sur les symptômes physiques liés au cancer et la perte des facultés de fonctionnement corporel. Nos résultats semblent être en accord avec ceux de la recherche de Meyerowitz (2001). En effet, les préoccupations concernant les modifications corporelles consécutives au cancer chez les femmes de notre recherche sont axées sur la l'aspect esthétique afin de contourner la stigmatisation sociale et d'améliorer leur bien être. Ces préoccupations esthétiques semblent s'apparenter à une stratégie d'ajustement émotionnel et social qui contribuerait à augmenter la qualité de vie face au cancer. Chez les hommes, les préoccupations renvoient plutôt à la capacité physique. L'altération du corps masculin constitue une atteinte directe de la virilité. L'investissement corporel semble surtout limité à la dimension « *physico-fonctionnelle* », la force physique et l'activisme étant une composante essentielle des stéréotypes du genre masculin.

#### 4.4 Temporalité, contrôle et cancer

Nous avons pu observer une différence de l'investissement de la temporalité entre les hommes et les femmes de notre étude. En effet, les femmes parviennent à se projeter dans l'avenir de manière positive, tandis que les hommes préfèrent s'inscrire dans le moment présent ou leur vie avant la maladie. La question de l'avenir du patient est mise en suspens pendant les traitements. On peut supposer que les femmes recherchent l'élan vital et luttent contre la dépression dans l'idéalisation de l'avenir en faisant des projets et se rattachant au futur, tandis que l'homme se raccroche à son passé ou au moment présent et refuse de se projeter dans l'avenir, teinté d'un trop plein de réalisme et donc trop angoissant. Cette différence pourrait s'expliquer à travers la différence d'expression émotionnelle et le besoin de contrôle entre les hommes et les femmes de notre recherche. Aussi, les femmes auraient plus de difficultés à contrôler la situation présente. Anticiper et planifier les projets post- traitements leur garantiraient l'illusion de contrôler une partie de leur vie face à l'incontrôlabilité de la maladie.

Les hommes, en revanche, ayant plus de difficulté à parler de leurs angoisses se refusent à l'idéalisation de l'avenir pour ne pas s'effondrer par la suite et vivre une surcharge d'émotions négatives difficilement contrôlables. Selon Arnault, Ben Soussan, Prodromou et Lacour (2004, p.198), cette suspension temporelle serait comme un moyen de « *justifier que le sujet tente de maîtriser de façon plus radicale cette expérience* ».

Cette analyse nous renvoie aux résultats concernant l'utilisation du coping « centré sur le problème ». Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes dans son utilisation. Cela vient infirmer la deuxième hypothèse de cette recherche. Le besoin de contrôle pour les deux sexes semble être aussi intense mais s'exprimerait différemment : les femmes privilégiant l'anticipation et les hommes l'investissement dans le présent. Or, de nombreux auteurs insistent sur le fait que les hommes adopteraient plus ce style de coping que les femmes. (Craciun, 2013 ; Matud, 2004 ; Vaartio, Kiviniemi, & Suominen, 2003). Cependant, « *certain chercheurs avancent que le modèle de coping classique serait inadéquat pour*

*comprendre le coping face à la maladie chronique (Maes et al. 1996). (...) Les stratégies pour faire face ne sont pas identiques selon la maladie* » (Chabrol & Callahan, 2013, p.209).

#### 4.5 L'origine des différences

L'origine des différences de résultats entre les hommes et les femmes réside en premier lieu dans l'interprétation du sexe biologique. C'est cette interprétation qui mène à l'identité sexuée (Édipe et apprentissages). Cette identité forge les stéréotypes. Et cherchant à répondre à une forme de désirabilité sociale, les individus adoptent des rôles de genre ce qui pérennise le contrôle social. On remarque que l'homme se conformera à une attitude telle que la société l'attend de lui en tant qu'homme et la femme en tant que femme. Et ce malgré le caractère intime et intense du face à face de l'individu avec la maladie, voire la mort.

#### 4.6 Modalités de prise en charge en fonction du sexe

Prendre conscience que nos réponses de soignants sont infléchies en fonction du sexe des patients permettrait de moins influencer les individus quant aux conduites qu'ils doivent adopter face à la maladie. Aussi, informer les patients de l'influence des stéréotypes sur leur adaptation, permettrait de laisser plus de place à l'expression de leur personnalité et moins aux attentes sociales. Donc prendre conscience de ce phénomène permettra aux proches une meilleure compréhension et aux soignants de donner des réponses plus adaptées.

### 5. LIMITES DE LA RECHERCHE

Notre recherche a pu mettre en évidence les différents enjeux du vécu et de l'adaptation en fonction du sexe des sujets atteints par le cancer. Cependant, notre recherche présente quelques limites.

Notre échantillon étant constitué de peu d'individu, sa taille représente un frein à la validité statistique de notre étude. En effet, ayant effectué une recherche a posteriori d'une démarche thérapeutique et à partir de nos entretiens de suivi, il était plus difficile d'agrandir notre échantillon. Un plus grand nombre d'individus nous aurait pourtant permis de pouvoir généraliser nos résultats auprès de l'ensemble de la population. Nous encourageons donc cette démarche pour le futur de la recherche concernant les différences d'adaptation face au cancer entre les hommes et les femmes.

Il aurait été intéressant de comparer les processus défensifs et de coping mis en jeu entre notre population de recherche et un groupe contrôle avec des sujets hommes et femmes non-malades. Cela nous aurait éventuellement permis de savoir si certaines différences observées entre les sexes sont les mêmes en dépit du facteur situationnel. Cependant, dans le cadre de cette étude, il aurait fallu adopter les mêmes modalités d'évaluation avec le groupe contrôle que pour notre population et cela ce serait avéré impossible, à moins d'avoir effectué un suivi thérapeutique avec des sujets non-malades.

Le recueil de nos données ayant été effectué a posteriori à partir de nos entretiens, nous pouvons affirmer que différents biais sont à prendre en compte.

Tout d'abord, l'investissement des patients n'a pas été le même durant les entretiens. En effet, bien qu'ayant instauré une relation de confiance avec chaque patient, l'installation de l'alliance thérapeutique n'a pas pu s'effectuer au même rythme. Il faut prendre en compte le fait que les entretiens semi-directifs, bien qu'ayant une visée de soutien, dans le cadre du suivi, impliquent une certaine subjectivité du thérapeute mais aussi du patient. Les enjeux transféro-contre-transférentiels ont pu biaiser notre perception et donc par la suite la validité de nos données dans les retranscriptions d'entretiens.

Aussi, le lapse de temps entre l'annonce du cancer et le début des entretiens n'a pas été le même pour chaque patient. La validité de nos résultats concernant l'adaptation peut en avoir été affectée. Nous n'avons pas eu la possibilité d'approfondir certains sujets avec nos patients, qui auraient pu



s'avérer intéressants pour notre étude, de par son caractère rétrospectif. Aussi, nous n'avons pas tenu compte de la localisation du cancer de nos patients.

Afin d'évaluer les différents mécanismes de défense et processus de coping utilisés par notre population, nous avons décidé de créer notre propre grille d'analyse des entretiens. Bien qu'ayant voulu la rendre la plus exhaustive possible, cela ne peut être le cas étant donné le nombre de mécanismes de défense existants et le nombre de variables en jeu dans les processus de coping. La sensibilité et le pouvoir discriminant de notre outil, sont donc relatifs.

Aussi, l'association du coping et des mécanismes de défense a été établie à partir de nos convictions et observations de chercheur, la littérature en faisant peu état à l'heure actuelle. La validité du contenu de notre test peut donc être remise en cause.

Nous avons cependant fait en sorte de réduire notre subjectivité pendant le remplissage de cette grille, en demandant à un étudiant en psychologie de le faire à son tour. Cela nous aura permis de tester la fidélité de notre outil.

## 6. Conclusion

Nos résultats de recherche nous ont permis de mettre en lumière l'existence d'aspects différentiels adaptatifs en fonction du sexe des sujets, face à l'adversité. Les hommes et les femmes ont tendance à utiliser certains mécanismes de défense et processus de coping dans des proportions différentes. Ces différences sont la conséquence de certains paramètres biologiques, mais surtout des stéréotypes sociaux qui cloisonnent bien souvent le développement de l'identité sexuée. La désirabilité sociale influence l'homme et la femme dans le comportement qu'il doit adopter face au cancer. Cela s'exprime tant dans la recherche de soutien social, l'expression des émotions et de la souffrance, que dans l'atteinte corporelle, les modalités défensives inconscientes et le besoin de contrôle. L'homme privilégie l'évitement, le contrôle émotionnel et le clivage. Tandis que la femme favorise l'expression des émotions, la recherche de soutien social et la régression.

Le vécu et l'adaptation du sujet face au cancer varient donc selon le sexe et sont influencés par des normes socio-culturelles. Or, la prise en charge doit également tenir compte de ces spécificités, afin de s'adapter aux besoins du sujet. Prendre conscience de l'influence des stéréotypes sur notre pratique en tant que soignant permet de comprendre plus amplement l'expérience du sujet au delà de sa personnalité.

En tant que professionnel, cette recherche nous aura permis d'affûter notre raisonnement clinique et de comprendre la nécessité d'adapter les prises en charge psycho-oncologiques au delà du soutien. Informer les acteurs du soin sur les modalités différentielles permettrait un meilleur ajustement, une meilleure écoute et compréhension du vécu des patients. Aider le patient dans l'épreuve que représente le cancer prend un tout autre sens. L'accompagnement de soutien peut être complété par une compréhension de son fonctionnement défensif et de ses stratégies d'adaptation afin de l'aider à s'ajuster de la façon qui conviendra le mieux à sa personnalité, son histoire et son identité.

Nous sommes conscients que la prise en charge a aussi ses limites. Il faut respecter certaines modalités défensives du sujet qui ont une valeur protectrice importante pour son intégrité psychique. La fonction du psychologue est d'écouter et d'accueillir la parole du sujet, l'aider à mettre en mot et en sens sa souffrance, dans le respect de sa temporalité. Il doit également accepter son impuissance et ne pas tomber dans l'acharnement thérapeutique.

Une recherche plus approfondie et plus longue permettrait d'ouvrir de nouvelles perspectives quant à la prise en charge et dans l'étude conjointe des mécanismes de défense et des processus de coping, en tenant compte des changements psycho-sociaux. En effet, ces différences seront-elles toujours observables dans quelques années ?

Nous concluons sur ces propos de Nicole Alby, pionnière de la psycho-oncologie : « *Le travail du psychologue ou du psychiatre en psycho-oncologie exige, avant tout, beaucoup de souplesse. Il faut savoir s'adapter à la demande, à la situation, savoir réévaluer en permanence la bonne distance avec les malades, avec l'équipe. C'est comme ça que notre travail devient vraiment intéressant* » (Alby dans Roche, 1993).

ETUDES  
& PRATIQUES EN  
PSYCHOLOGIE



# /// Références

AEPU, ANOP, SFP. (2012). Code de déontologie des psychologues.

Alby, N. (1995). L'information en cancérologie. In Y. Pélicier (Ed.), *Psychologie, cancers et société* (pp. 189-192). Le Bouscat (France) : L'esprit du temps.  
Doi : 10.3917/edt.pelic.1995.01.0189

American Psychiatric Association. (2003). DSM-IV-TR : *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition révisée, traduit par J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq). Paris : Masson.

Anderson, L.-M., Reilly, E.-E., Gorell, S., Schaumberg, K., & Anderson, D.-A. (2016). Gender- based differential item function for the difficulties in emotion regulation scale. *Personality and individual differences*, 92, 87-91.  
Doi: 10.1016/j.paid.2015.12.016

Anzieu, D. (1985). *Le Moi Peau*. Paris : Dunod.

Arnault, Y., Ben Soussan, P., Prodromou, N., & Lacour, A.-C. (2004). Cancer et temporalité : un aussi long parcours... *Revue franco-phonie de psycho-oncologie*, 3(4), 197-200. Doi : 10.1007/s10332-004-0041-3

Chabrol, H., & Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et Coping*. Paris : Dunod.

Craciun, B. (2013). Coping strategies, Self-Criticism and Gender Factor in Relation to Quality of Life. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78, 466-470. Doi : 10.1016/j.sbspro.2013.04.332

De Masi, F. (2010). *Penser sa propre mort : Une contribution psychanalytique au problème de la caducité de la vie* (Traduit par M. Barbon & S. Fakambi). Paris : Ithaque.

Dolto, F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*. Paris : Seuil.

Eaton, R.J., Bradley, G. (2008). The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection. *International Journal of Stress Management*, 15(1), 94-115. Doi : 10.1037/1072-5245.15.1.94

Freud, S. (1915). Considérations actuelles sur la guerre et la mort. Dans *Essais de psychanalyse* (p. 9-46). Paris : Payot, 1981.

Freud, S. (1923, 1981). Le moi et le ça. In S. Freud (Ed.), *Essais de psychanalyse* (p-219-275). Paris : Payot.

Freud, S. (1925, 2011). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : PUF.

Jacobs-Lawson, J. M., Schumacher, M. M., Hughes, T., & Arnold, S. (2010). Gender Differences in Psychosocial Responses to Lung Cancer. *Gender Medicine*, 7(2), 137-148. Doi : 10.1016/j.genm.2010.03.002.

Lacan, J. (1949). Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. *Revue française de Psychanalyse*, 4, 449-455. Repéré à : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54444473/f3.image>

Larson, E.-A. (2006). Stress in the lives of college women: Lots to do and not much time. *Journal of Adolescent Research*, 21(6), 579-606. Doi : 10.1177/0743558406293965

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer.

Matud, M. P., (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415. Doi : 10.1016/j.paid.2004.01.010

Meyerowitz, B. E. (2001). Gender and cancer. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 5901-5904. Doi : 10.1016/B0-08-043076-7/03857-2

Moley-Massol, I. (2009). *Le malade, la maladie et les proches*. Paris : L'Archipel.

Petraglia, J., Thygesen, K.-L., Lecours, S., & Drapeau, M. (2009). Gender differences in self- reported defense mechanisms : a study using the New Defense Style Questionnaire-60. *American Journal of Psychotherapy*, 63, 87-99.

Plant, A., Hyde, J.S., Keltner, D., & Devine, P.G. (2000). The gender stereotyping of emotions. *Psychology of Women Quarterly*, 24(1), 81-92. Doi : 10.1111/j.1471- 6402.2000.tb01024.x

Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Dodge, K. L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(4), 421-430.

Reich, M. (Septembre 2008). *Cancer et image du corps* : identité, représentation et symbolique. 27ème Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille, France. Doi : 10.3917/inpsy.8503.0247

Schilder, P. (1935, 1969). *L'image du corps*. Paris : Gallimard.

Segal, D.-L., Coolidge, F. L., & Mizuno, H. (2007). Defense mechanism differences between younger and older adults: a cross-sectional investigation. *Aging and Mental Health*, 11(4), 415-422. Doi : 10.1080/13607860600963588

Vaartio, H., Suominen, T., & Kiviniemi, K. (2003). Men 's experiences and their resources from cancer diagnosis to recovery. *European Journal of Oncology Nursing*, 7(3), 182-190. Doi : 10.1016/S1462-3889(03)00006-1

Weiner, G. (2015). Gender and Physical Health. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 9, 704-708. Doi : 10.1016/B978-0-08-097086-8.14095-4

