

# LA PUISSANCE DE LA PENSÉE: contre le cancer ou contre l'équilibre personnel<sup>1</sup> ?

ANNIE TREMBLAY, FRCPC,  
psychiatre en oncologie  
CHUQ, Hôtel-Dieu de Québec, Faculté de médecine,  
Université Laval (Québec)  
Courriel: tremblaya@hotmail.com

PIERRE GAGNON, FRCPC,  
psychiatre en oncologie  
Centre de recherche du CHUQ, Hôtel-Dieu de Québec,  
Maison Michel-Sarrazin (Québec)  
Courriel: pierre.gagnon@crhdq.ulaval.ca

---

**N**ous sommes tous, comme intervenants auprès des personnes atteintes de cancer et leurs proches, interpellés à divers moments par l'ensemble de l'information disponible au sujet de la genèse et de l'évolution du cancer. Il fait souvent partie de nos défis comme intervenants de guider et de réfléchir dans notre pratique sur la compréhension actuelle du cancer, de ses conséquences, de son sens mais aussi des moyens et des approches thérapeutiques pouvant permettre d'espérer sa maîtrise ou sa guérison. Il existe de l'information, mais encore bien des questions. La gestion de ce mélange de connaissances, de mystères, de mythes et de croyances est pour beaucoup de nos patients une des premières actions faisant suite à leur diagnostic de cancer. La grande circulation de l'information et l'attitude de plus en plus active des patients face à la maladie favorisent la circulation des connaissances, mais aussi des mythes et des croyances. L'hypothèse qui présente le cancer comme une maladie occasionnée principalement par le stress, « programmée » ou « conditionnée » par l'être humain a permis l'essor d'une recherche florissante sur le lien entre la vie psychique, sociale ou spirituelle et l'oncogenèse. Entre la psyché guérissante, omnipuissante, porteuse d'espoir et la croyance ou

le mythe prenant sa source dans la limite de nos connaissances, il n'y a qu'un pas.

Cet article résume l'état des connaissances actuelles adressant le rôle des approches psychologiques pour combattre le cancer et amorcer une réflexion sur les enjeux réels et les conséquences de leur utilisation. Nous aborderons aussi, à la lumière de notre expérience clinique ainsi que des publications en oncologie psychosociale, différentes stratégies de soutien et d'intervention clinique pour amorcer et développer le dialogue entre clinicien et patients sur la force de la pensée et des approches psychocorporelles.

---

## ÉTUDE DE CAS: LES CONNAISSANCES ET LES CROYANCES, POUR MIEUX FAIRE FACE?

« Docteur, vous devez m'aider à vaincre ce cancer. » Ce souhait si simple et prononcé quotidiennement à de multiples reprises dans nos cliniques témoigne bien de la participation et du désir d'action des personnes atteintes face à leur maladie. Les attentes envers la médecine sont élevées et l'ouverture à diverses modalités thérapeutiques,

incluant celles adressant le pouvoir du cerveau sur la maladie, est présente. En fait, une étude réalisée en 2007 à l'Institut Curie de Paris, un centre spécialisé en oncologie, révèle qu'une grande proportion de patients utilisent des approches psychocorporelles en ajout à leurs traitements médicaux dits plus traditionnels. Sont considérés comme approches psychocorporelles un ensemble de courants de pensée et de domaines d'interventions adressant de façon intégrée ou en relation l'expérience psychique et physique de la personne. On y retrouve, entre autres, l'acupuncture, la massothérapie, la méditation ou certaines psychothérapies. Les patients y recherchent un ajout thérapeutique tels la diminution des effets secondaires, une amélioration de leur réponse au traitement et le maintien d'un confort. Ce dernier peut être recherché dans ses aspects autant physique, que psychologique, émotionnel ou spirituel.

Pour illustrer cette idée, nous utiliserons l'exemple d'une jeune femme, diagnostiquée d'un cancer gynécologique de stade IV poursuivant ses traitements de chimiothérapie. Elle s'interrogeait beaucoup sur l'arrivée de cette maladie grave dans sa vie à un si jeune âge et se montrait déjà sensibilisée aux approches de gestion du stress à la suite de l'expérience de difficultés psychologiques il y a quelques années. Madame a choisi de consulter une psychothérapeute spécialisée en biologie totale des êtres vivants, un courant de pensée psychocorporel développé en France et postulant que le développement d'un cancer est en fait la solution trouvée par le cerveau pour résoudre un conflit psychologique. Seule la résolution de ce dernier pourra permettre la guérison de la maladie. Madame ayant reçu son diagnostic dans une période de sa vie où elle envisageait un projet de grossesse, l'évaluation avec cette thérapeute a permis de mettre en lumière chez elle un processus d'identification pathologique à un proche célibataire, générant chez elle un conflit quant à son souhait réel d'enfanter et dont résulte son cancer gynécologique. Madame a développé une détresse psychologique grave à la suite de cette consultation puisqu'elle est actuellement en deuil de

sa fertilité après une chirurgie extensive et n'a jamais sentie chez elle cette ambivalence, au contraire! Elle consulta par la suite en psycho-oncologie pour des symptômes dépressifs majeurs et exprima le besoin de faire le point, de trouver l'équilibre entre son souhait de pouvoir influencer sur l'évolution de son cancer par un état psychologique optimal tout en demeurant à l'aise, sans culpabilité ou angoisse envahissante, donc sans compromettre son équilibre personnel.

Pourquoi s'intéresser à de telles hypothèses quand on en voit, comme dans cet exemple, les aspects négatifs et nuisibles sur la qualité de vie? Parce que la population générale s'y intéresse, de longue date et non seulement dans le contexte du cancer. On n'a, par exemple, qu'à penser à l'exemple longtemps véhiculé des personnes anxieuses et perfectionnistes pouvant développer plus facilement un infarctus.

La croyance au lien corps-esprit peut souvent servir d'outil de gestion de l'incertitude reliée à l'évolution de la maladie, en permettant d'interpréter ou de modifier de façon plus rassurante les connaissances. Elle peut aussi servir la recherche d'un sentiment de maîtrise envers la multitude de facteurs connus ou suspectés contributaires au développement du cancer. La conviction de pouvoir agir sur eux nourrit souvent l'espoir de la guérison, et ce, bien au-delà des traitements médicaux et des statistiques. Notre patiente atteinte du cancer avait déjà été sensibilisée à travers son expérience aux conséquences du stress et de l'anxiété dans sa vie, mais aussi aux bénéfices d'un traitement à ce niveau, comme elle avait déjà bénéficié d'une psychothérapie. La «cause psychologique» ouvre donc aussi la porte à une «solution psychologique» permettant d'agir sur la maladie dans un secteur de vie où la perception de maîtrise peut être plus facilement atteignable. Il s'agirait donc, dans une certaine mesure, d'un déplacement répondant à une recherche adaptative. On peut assister à une transformation partielle du «problème cancer» qui stimule l'impuissance vers une cible plus tangible et résoluble, par exemple la nutrition, l'exercice physique, l'expression des émotions, les relations. Certains de ces changements

bénéficient d'un large consensus scientifique. Au chapitre entre autres de la prévention du cancer, la nutrition, l'exposition solaire, l'exercice physique ou l'exposition à différents agents chimiques sont des variables démontrées. La littérature disponible démontrant l'influence des variables psycho-émotionnelles ou des stressseurs de vie sur la genèse du cancer n'en est toutefois pas là.

## LES POSTULATS DE LA PSYCHO- IMMUNOLOGIE: DES DONNÉES PROBANTES, BEAUCOUP D'HYPOTHÈSES ET SURTOUT UNE FAÇON DE LE PRÉSENTER

La notion de stress, décrite comme un état psychologique, a donc rejoint comme sujet de recherche les autres facteurs déjà étudiés et démontrés, comme l'obésité, l'alimentation riche en matières grasses saturées, l'utilisation du barbecue ou encore la consommation d'alcool régulière et tôt dans la vie.

L'idée d'un lien entre la genèse d'un cancer et des facteurs de vie d'origine psychosociale n'est pas nouvelle et en fait s'inscrit dans un courant d'hypothèses de recherche documentant effectivement de mieux en mieux l'effet potentiel du stress sur les fonctions immunitaires et la santé en général. Par son action sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, le stress engendre une cascade de changements hormonaux qui modifient différentes activités immunitaires, comme l'activité des cellules lymphocytes *killer*, la production de cytokines reliées au processus inflammatoire ou la production d'anticorps. Le résultat de ces divers changements serait donc une perte de l'efficacité du système immunitaire. Cette chaîne d'événements a été associée potentiellement au cours de recherches *in vitro* à une augmentation des infections virales, une prolongation du temps de récupération à la suite de ces dernières, un temps de récupération prolongé après des procédures chirurgicales, des changements cognitifs et comportementaux ainsi qu'à une

progression des masses tumorales. La majorité de ces études sont toutefois peu concluantes ou seulement de façon très partielle. Donc, même si toutes ces conséquences sont théoriquement possibles, aucune n'a été solidement démontrée.

D'autres postulats sont aussi discutés. Non seulement le stress jouerait un rôle, mais notre attitude devant ce dernier aurait encore plus d'influence. Le Dr David Servan-Shreiber, lui-même survivant d'une tumeur cérébrale et psychiatre-chercheur, émet dans son livre intitulé *Anticancer* l'hypothèse que non seulement le stress mais le sentiment d'impuissance qui parfois s'y associe pourraient peser gravement sur l'équilibre psychologique et corporel. Différentes études ont donc tenté de tester des interventions centrées sur le stress pour en mesurer l'influence sur l'évolution du cancer. Une des plus fréquemment citée a été réalisée auprès d'un groupe de patientes atteintes de cancer du sein métastatique et ayant participé à un suivi de psychothérapie de groupe. La survie des patientes intégrées au groupe de psychothérapie aura été de 37 mois versus 19 mois pour les patientes du groupe contrôle. Les patientes ayant bénéficié de la psychothérapie rapportaient aussi moins de dépression, de douleur et d'anxiété (Spiegel et autres, 1989). Grâce entre autres à cette étude, le lien entre l'état mental et l'évolution du cancer passa soudain du statut d'une croyance à celui d'une hypothèse scientifique plausible et démontrable, et cela, même s'il n'a pas été démontré de façon directe par étude d'étiologie mais plutôt à travers une étude d'intervention. Cette étude a toutefois été reprise en 2001 dans une recherche multicentrique incluant 235 patientes. Les bénéfices recensés lors de la première étude au niveau du contrôle de l'humeur et de la douleur ont de nouveau été démontrés. Les bénéfices au niveau de la survie n'ont toutefois pas été concluants: cette fois-ci de 17,9 versus 17,6 mois (Goodwin et autres, 2001). Malgré sa rigueur méthodologique et sa puissance statistique plus élevée, cette dernière demeure peu citée par les tenants de la psycho-oncogénèse qui préfèrent s'en tenir à l'étude de 1989, laquelle a été

pourtant éclipsée sur le plan scientifique par celle de 2001.

Les scientifiques et les professionnels de la santé ont donc leurs connaissances, mais aussi leurs croyances pouvant parfois les amener à une interprétation sélective des données probantes. Ils soutiennent ainsi le développement des croyances.

Il devient donc très difficile pour l'ensemble de la population – personnes atteintes, proches ou intervenants qui les accompagnent – de faire la différence au sein d'une même publication entre la donnée démontrée et la « croyance scientifique ». Les deux peuvent être pour la personne atteinte source d'espoir et de possibilité d'action, mais aussi trop souvent la possibilité d'une augmentation de l'impuissance et de la détresse. Plusieurs de ces croyances s'attardent sur des événements de vie rétrospectifs, indépendants de la volonté humaine et en évacuent complètement la notion d'incertitude quant à l'évolution de la maladie. De ces circonstances, plusieurs patients peuvent interpréter la survenue d'une récurrence ou une absence de réponse aux traitements comme la preuve de leur échec personnel à amorcer des changements de vie, de leur manque de volonté et de persistance plutôt que comme un échec de l'état actuel des connaissances de la médecine et des traitements qui en résultent.

Cette ouverture peut aussi devenir l'occasion de développer des courants de pensée où les croyances et les hypothèses, centrées sur la toute-puissance du cerveau et particulièrement de ses fonctions « supérieures » comme la pensée et les émotions, occasionnent parfois des dérapages importants.

---

## **APPROCHES PSYCHOCORPORELLES ET TRAITEMENT DU CANCER: LA GUÉRISON GLOBALE?**

Notre patiente, dont la situation clinique a été décrite précédemment, a été exposée à l'une de ces approches combinant à la fois des postulats de « médecine nouvelle » et des interventions : la

biologie totale des vivants. Ce courant de pensée psychocorporelle a été élaboré dans les années 1980 par le D<sup>r</sup> Ryke Geer Hamer. En 1978, son fils meurt accidentellement et, peu de temps après ce drame, le D<sup>r</sup> Hamer développe un cancer des testicules. À la suite de cette maladie, il entreprend une réflexion l'amenant à penser que le grand choc émotionnel vécu lors du deuil de son fils a été responsable de son cancer logé au testicule. Cet emplacement avait selon lui beaucoup de sens puisque ce drame le touchait comme père, donc comme géniteur. Il a guéri de son cancer. Cette maladie serait le résultat d'un programme biologique élaboré spécialement à la suite d'un choc extrêmement brutal et dramatique. Le cancer serait donc une programmation nécessaire à la survie et pourrait être « guéri » par sa déprogrammation biologique qui peut s'effectuer grâce à la résolution du conflit sous-jacent. Il a développé une « cartographie » reliant différents conflits de la vie aux différents cancers. Notre patiente « devait » avoir une néoplasie gynécologique étant donné son conflit relié à la fertilité. Elle a ressenti beaucoup de culpabilité face à son choix de ne pas avoir eu d'enfant plus tôt dans sa vie, son deuil de sa fertilité se compliquant d'un sentiment de responsabilité et d'incrédulité face à son inconsciente « autodestruction » et surtout son incapacité actuelle à modifier sa situation, si ce n'est qu'en tentant de faire le deuil de sa fertilité.

Le D<sup>r</sup> Hamer a été emprisonné en Suisse et en Espagne pour charlatanisme et exercice illégal de la médecine en 2001 et en 2004, entre autres après le décès de personnes atteintes de cancer ayant abandonné leurs traitements médicaux. Pour le D<sup>r</sup> Hamer, tous ces traitements ne sont pas biologiques et dérangent l'équilibre naturel du corps humain. De nombreux professionnels poursuivent toutefois ses travaux en Europe et aussi au Canada.

L'idée d'une « connexion » directe, globale et bidirectionnelle entre le corps et l'esprit demeure donc une croyance répandue, au point d'offrir, dans ce cas-ci, l'espoir qu'un traitement uniquement psychique pourra résoudre des désordres psychiques dont les manifestations sont aussi biologiques, donc

la double manifestation d'une même pathologie. Les pertes, les deuils, la personnalité particulièrement celle à faible niveau d'expression émotionnel, l'attitude combative face à la maladie, la tristesse, l'anxiété ou la dépression sont autant d'aspects étudiés quant à leur rôle ou à leurs conséquences sur le développement et l'évolution du cancer. Aucune donnée concluante n'est actuellement disponible à leur sujet. Toutefois, leur influence sur la qualité de vie, le confort physique, psychique et émotionnel est beaucoup mieux documentée et donne l'espoir de maintenir une qualité de vie et peut-être même une sérénité à travers l'expérience du cancer, peu importe son évolution.

C'est notre rôle de guider et d'encourager nos patients à demeurer « globaux » dans leur processus d'adaptation à la maladie, d'orienter leur désir de jouer un rôle actif. Comme soignants, il est aussi de notre responsabilité de les aider à être critiques face aux nombreuses possibilités de traitements additionnels ou alternatifs par l'ouverture et le dialogue. Par l'échange et la réflexion commune, il peut être plus facile de distinguer les données probantes de certaines croyances, ces deux éléments pouvant se combiner dans des proportions très variables.

---

## POUR DÉVELOPPER UN DIALOGUE FACE AUX APPROCHES GLOBALES

Dans toute rencontre entre un patient et un professionnel de la santé se retrouvent tantôt des éléments relevant du domaine de l'information des données scientifiques, tantôt des éléments découlant plus de l'expérience de la personne elle-même à l'intérieur de laquelle se retrouvent ses croyances. Ces deux dimensions, l'information médicale et l'expérience, permettront autant au patient qu'au professionnel de la santé de développer son point de vue. La rencontre entre un patient et un professionnel de la santé est un échange sur ces deux perspectives et s'accompagne souvent d'une influence positive de la perspective du professionnel

de la santé sur la perspective du patient. Le transfert d'une quantité significative d'informations médicales contribue beaucoup à ce processus. La discussion entourant les connaissances et les croyances sur la force de la pensée et son influence sur le cancer répond aux caractéristiques de ce type d'échange. La connaissance limitée des informations médicales disponibles sur l'influence du vécu psycho-émotionnel sur l'expérience globale du cancer et son caractère souvent « décevant » et parfois pessimiste en comparaison avec certaines croyances entraînent souvent chez les professionnels un sentiment de malaise et d'illégitimité à maintenir le dialogue dans un secteur où les croyances et l'expérience dominent. Les professionnels ont eux-mêmes leur expérience et leurs croyances, qu'ils tendent à « évacuer » de la discussion puisqu'elles ne relèvent pas du domaine de la connaissance scientifique normalement attribuée à leur rôle. Cette situation s'accompagne secondairement d'une fermeture à la perspective du patient, donc d'une perte du dialogue. Il faut accroître notre capacité d'écoute et d'ouverture aux croyances et aux expériences des patients, et ce, en les identifiant de façon respectueuse à travers nos discussions. Il faut reconnaître chez les personnes atteintes la pertinence de leur recherche et de leurs questionnements souvent motivés par des préoccupations centrales comme la crainte de la mort, la recherche de l'espoir, la lutte au désespoir, le sentiment de perte de maîtrise, la difficulté à gérer l'incertitude, la méfiance ou le défaitisme envers le milieu médical. Reconnaître les limites du monde médical à répondre par de l'information à cette recherche adaptative est plus susceptible de les aider à maintenir l'équilibre entre leur lutte contre le cancer et le maintien de leur équilibre personnel. Cela permet de développer aussi leur esprit critique, essentiel à des choix plus éclairés.

Il faut encourager nos patients à maintenir la qualité de vie comme une valeur importante à travers leur expérience de la maladie et des traitements. Cette valeur peut s'actualiser non seulement dans leur évolution future, mais dans leur vie actuelle. Nous pouvons faciliter, par notre propre reconnaissance

et notre sensibilisation quant à l'influence du vécu psycho-émotionnel sur la qualité de vie, le développement d'objectifs centrés sur le bien-être psychologique indépendamment de l'évolution de la maladie. Cette reconnaissance a un effet d'autant plus positif sur la perspective du patient lorsqu'elle s'accompagne de ressources pour la gestion des émotions, de l'incertitude et de la recherche de sens. La valeur de ces dernières à la fois contre les répercussions du cancer et pour l'équilibre personnel est mieux connue et démontrée.

En consultant en psycho-oncologie, notre jeune patiente a pu être soutenue dans sa détresse. Elle a été entendue et légitimée dans son questionnement et sa recherche de sens face à un événement dramatique de sa vie : son diagnostic d'un cancer d'emblée métastatique et de pronostic réservé. Elle aura trouvé, dans une nouvelle démarche de psychothérapie personnelle d'inspiration existentielle et cognitive-comportementale, un outil efficace dans la réponse à son objectif personnel : maintenir un état psychologique optimal pouvant l'aider à combattre la maladie tout en demeurant sans symptômes dépressifs graves.

## LA FORCE DE LA PENSÉE AU SERVICE DE L'ÉQUILIBRE PERSONNEL : LES SUGGESTIONS DE LA D<sup>R</sup> JIMMIE HOLLAND

La D<sup>r</sup> Holland, psychiatre travaillant auprès des personnes atteintes de cancer depuis plus de trente ans, a significativement contribué à l'avancement des connaissances en oncologie psychosociale depuis le début des années 1980. Elle a assisté à la multiplication des croyances et des controverses scientifiques entourant la notion du lien corps-esprit dans la genèse et l'évolution du cancer. Elle reconnaît la grande variabilité de l'intégration de ces données d'un individu à l'autre selon leur facilité à adhérer ou non à une croyance. Dans le domaine du lien corps-esprit appliqué à la compréhension du cancer, il demeure plus de croyances que de connaissances.

Elle tente, dans son livre *The Human Side of cancer: living with hope, coping with uncertainty*, de dresser une liste de recommandations pratiques et concrètes adressant succinctement les grandes questions liées au rôle du vécu psycho-émotionnel face au cancer. Les réponses actuellement disponibles sur le plan scientifique peuvent aider les personnes atteintes de cancer à maintenir une attitude aidante à la fois pour leur maladie, leur adaptation à cette dernière et le maintien de leur qualité de vie. Elles se résument comme suit :

1. Tentez de conserver une approche rationnelle et raisonnable et de démêler les connaissances des croyances.
2. Ne vous précipitez pas pour faire des changements dramatiques dans votre façon de vous adapter et de réagir à votre maladie selon les nouvelles ou la dernière publication.
3. Vous pouvez vous aider en adoptant un style et des habitudes de vie équilibrées.
4. Allez consulter un médecin le plus rapidement possible si vous avez un malaise persistant. Les meilleures chances de réponses au traitement sont associées au diagnostic précoce.
5. Ne vous culpabilisez pas : votre personnalité ne peut provoquer votre cancer.
6. Poursuivez les traitements médicaux recommandés par les médecins : ils sont vos meilleures chances démontrées de survie.
7. Votre style adaptatif est unique et personnel. Utilisez ce qui fonctionne pour vous. Il n'y a pas de recette pour s'adapter.
8. Si vos outils d'adaptation usuels ne fonctionnent pas, consultez.
9. Le stress, la dépression et le deuil n'augmentent pas en soi les risques de cancer ou les risques de récurrence.
10. Même si le stress entraîne effectivement des modulations hormonales et du système immunitaire, elles ne sont pas liées à une incidence plus élevée de cancer ou à un moins bon pronostic.

11. Les groupes d'entraide permettent de diminuer la détresse et le sentiment d'isolement dans la maladie. Leur effet sur l'évolution de la maladie n'est toutefois pas clairement démontré. Si ce type d'intervention ne vous convient pas ou si vous n'en ressentez pas le besoin, ne pas y participer n'affectera pas l'évolution de votre maladie.

Ces brefs énoncés sur le lien corps-esprit peuvent servir de points de départ pour des échanges avec les personnes atteintes de cancer et leurs proches, mais aussi de points de repères dans leur travail de réflexion et d'intégration personnelle de ces concepts.

---

## CONCLUSION

Le lien corps-esprit n'est donc pas un concept nouveau. L'effet de ce lien dans le contexte d'une maladie complexe et multifactorielle comme le cancer demeure controversé et actuellement non démontré. Reconnaître l'absence de certitude dans cette situation s'avère fondamental. Il restera toujours difficile de faire face à des situations pour lesquelles nous n'avons pas de réponse et d'affronter l'inévitable souffrance inhérente à la vie. La limite des connaissances scientifiques disponibles laisse un vide que comblent les hypothèses et les croyances que nous avons tous dans une certaine mesure, autant les patients que les intervenants de la santé. Plus nous percevons clairement notre réalité, même lorsque ses contours en sont flous ou nous échappent, le mieux nous serons outillés pour y faire face. Il ne s'agit donc pas de nier ou de combattre cette réalité, mais plutôt de s'y conscientiser et de l'utiliser avec critique, espoir et réalisme, au service du bien-être et de la qualité de vie chez les personnes atteintes de cancer. Nous-mêmes, intervenants de formation scientifique qui « croyons » au développement des nouvelles connaissances grâce à la science, avons à gérer cet espoir pour la puissance de l'esprit au service

de la guérison, mais aussi au service de l'équilibre et de la qualité de vie.

Il n'y a pas de lien clairement démontré entre la personnalité, les émotions, les pertes, le deuil, la dépression et le diagnostic, le développement et l'évolution du cancer. Il est plus clairement démontré que l'état émotionnel et psychologique a de l'influence sur la qualité de vie générale, l'anxiété, la douleur et la dépression vécues lors d'un épisode de cancer. Différentes interventions ont été validées et démontrées efficaces dans la prévention et le traitement de ces états, incluant différentes approches psychocorporelles.

Dans une période où l'on assiste à la démocratisation de l'information médicale, à la promotion d'un lien patient-intervenant de plus en plus collaboratif et à une évolution de la vision de la médecine centrée sur le patient et non exclusivement sur la maladie, il fait partie de notre rôle comme intervenant de la santé d'échanger et d'assister nos patients dans leur réflexion sur la genèse de leur cancer et le lien corps-esprit. Cela dans l'optique de faciliter l'adaptation à la maladie et de maintenir un équilibre psychique et émotionnel. Une part de cet équilibre peut se trouver dans la reconnaissance des données probantes et l'identification des croyances qui font partie de nos constructions psychiques et qui peuvent contribuer de façon positive ou négative à l'adaptation.

En ouvrant le dialogue sur la force de la pensée pour combattre le cancer, on peut aider les personnes atteintes de cancer à développer et maintenir un espoir réaliste face à leur condition, à développer un sentiment de maîtrise et d'espoir en offrant des solutions démontrées efficaces pour la gestion des émotions, de l'incertitude et la recherche de sens comme la relaxation, la thérapie cognitive-comportementale ou la thérapie existentielle.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- « Biologie totale des vivants 2006 », [www.btev.ca](http://www.btev.ca) et [www.biologie-totale.org](http://www.biologie-totale.org).
- « Dr Hamer et la biologie totale des êtres vivants », <http://pages.infinit.net/guerison/hamer.html>.
- Goodwin Pamela J. et autres, « The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer », *New England J Med*, 2001, 345 :1719-1726.
- Holland Jimmie C., et Lewis Sheldon, *The Human Side of cancer: living with hope coping with uncertainty*, Harper Collins Publishers, New York, 2000, 331 p.
- Janssen Thierry, *La solution intérieure: vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit*, Fayard, Paris, 2006, 443 p.
- Psychothérapie vigilance*. Ryke Geerd Hamer arrêté en Espagne, 2004, [www.psyvig.com](http://www.psyvig.com).
- Servan-Schreiber David, *Anticancer: prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles*, Robert Laffont, Paris 2007, p. 215-273.
- Spiegel D. et autres, *Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*, *Lancet*, 1989, 8668: 888-91.
- Stiefel Friedrich (ed.), *Communication in cancer care*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2006, 125 p.
- Vitetta L., B. Anton, F. Cotrizo et A. Sali, *Mind-Body medicine: stress and its impact on overall Health and Longevity*, *Annals N.Y. Academy of Sciences*, 2005, 1057: 492-505.

---

## NOTE

1. Ce texte est tiré d'une conférence donnée les 4 et 11 avril 2008 à Québec par les Dr Annie Tremblay et Pierre Gagnon, lors de la journée de formation « Cancer: mythes et croyances » organisée par l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle de l'Hôtel-Dieu de Québec du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ).