

MON PARCOURS DE VIE : le cancer du sein



Anne BERGER, Infirmière de coordination
Lionel UWER, Oncologue médical
Institut de Cancérologie de Lorraine, NANCY

SFSFM LYON le 11 Novembre 2021

Il existe de nombreux documents d'informations



Qu'est-ce que le cancer ?

Il n'y a pas un cancer mais de multiples maladies différentes qui portent le même nom. Il est difficile de faire admettre cette réalité d'emblée, car pour tout le monde le cancer est associé à la mort et l'évolution est toujours la même quoi que l'on fasse. Pourtant certains cancers guérissent toujours alors que pour d'autres l'évolution fatale reste inexorable quels que soient les traitements, et sans que personne ne puisse en prévoir l'échéance.

ONCOGÈNE ET ANTI-ONCOGÈNE

Le cancer est donc lié à une prolifération cellulaire anormale où les phénomènes de défense de l'organisme ne fonctionnent plus. Sous l'action de stimuli, des gènes vont induire des phénomènes de croissance illimitée des tissus. Ces gènes font partie des oncogènes. Il existe par ailleurs dans l'organisme des gènes anti-oncogènes qui empêchent les cancers d'apparaitre en réprimant en permanence les facteurs susceptibles de déclencher ces gènes suppressifs de tumeurs. Ces gènes peuvent également être mutés et c'est en général un déséquilibre entre oncogènes et anti-oncogènes qui entraîne l'émergence d'un cancer. Le cancer est donc une maladie où des gènes sont malades sans pour autant que la majorité des cancers soient génétiques au sens héréditaire du mot.

Les conséquences sont souvent que les cellules cancéreuses ont un cycle cellulaire accéléré avec un temps de doublement rapide. Une cellule cancéreuse mère donne deux cellules cancéreuses filles et ainsi de suite. Cette prolifération est continue, les cellules sont devenues immortelles. D'un point de vue biologique, le cancer n'est cependant pas une maladie d'appartenance brutale. À partir du jour où la première cellule est devenue anormale, il faut entre trois et sept ans pour que se forme un cancer d'un centimètre cube.

*voir glossaire pages 26/29



Une rencontre avec une artiste



L'illustratrice



<https://cotteureaucharlotte.wixsite.com/cottereau-charlotte>

www.utopik.store

Facebook : Utopik Bijoux
Instagram : #utopikartworks



Charlotte : je suis illustratrice/graphiste depuis 8 ans, avec une quinzaine d'ouvrages jeunesse publiés chez différents éditeurs. Ayant déjà collaboré avec l'hôpital de la Roche sur Yon (85) sur un carnet destiné aux enfants, mon engouement à travailler sur ce nouveau projet fût instantané.

Ici, le défi était de dépasser le simple fait de rêver ou voyager à travers les images et les mots. Me sentir utile, afin de vous apporter toute la légèreté, le courage, et la bienveillance nécessaire, par les couleurs, le thème végétal, ou encore cette femme rayonnante qui accompagne le livret. C'est un immense privilège d'avoir partagé cette aventure avec les auteurs de l'institut de Nancy, qui m'ont fait confiance.

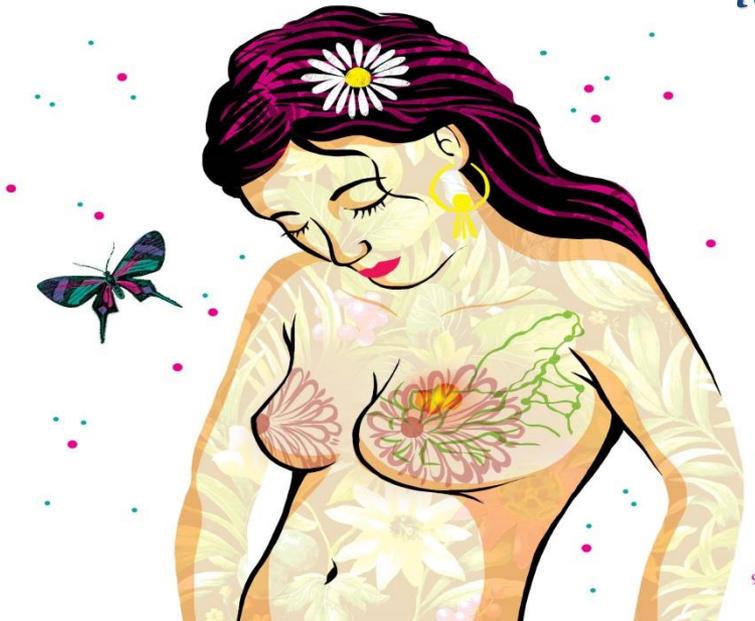
Merci à eux et j'espère que ce carnet saura vous accompagner au mieux.

Les mots ne suffisent pas.....Sans Charlotte,
« Mon Parcours de vie » ne serait pas ce qu'il est
Un immense MERCI et une sincère et infinie reconnaissance

Des mots clés, une philosophie ...

Expliquer avec pédagogie, honnêteté, humanité, humilité, partage, gaieté, imagination, simplicité, bienveillance, espoir,
Comme une histoire ...l'histoire de cette femme, de nos patientes

*« Ce que la chenille appelle la fin du monde,
le sage le nomme papillon »*





Une philosophie ...

- Apporter les informations essentielles, éviter les détails
- Un temps de consultation est parfois trop court ou trop long, un écrit reste... il peut-être lu à plusieurs reprises.
- Le partage : en famille, au sein du couple, avec les enfants, avec les amis et entre la patiente et les soignants

Les illustrations : le thème végétal, la douceur.....

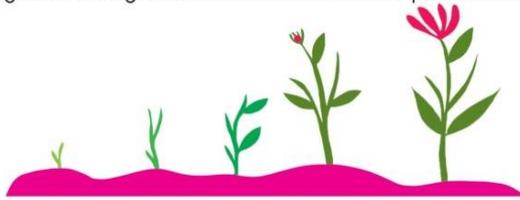


Avec pédagogie et imagination

A quel moment les métastases peuvent-elles être découvertes ?

Il y a 3 situations différentes :

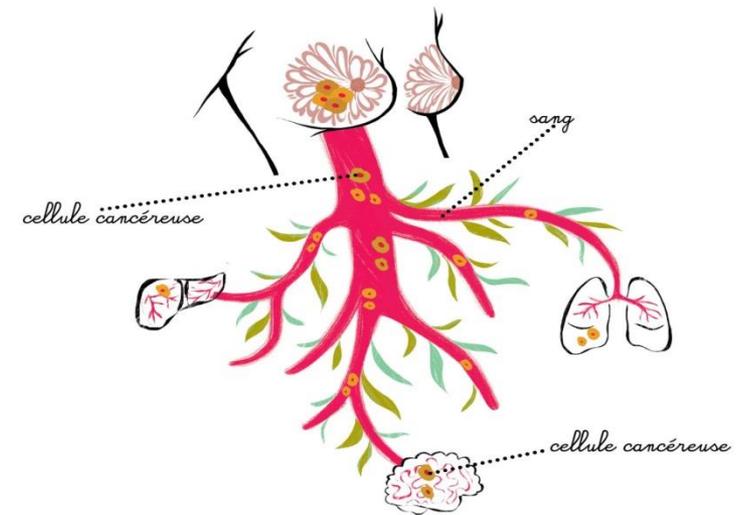
- 1. Soit la tumeur est en place dans le sein : elle est découverte par des examens d'imagerie (mammographie et échographie mammaire), elle est le plus souvent palpable ; le diagnostic de cancer du sein est établi : un bilan d'extension est réalisé = examens d'imagerie explorant les organes, os, poumons, foie et parfois cerveau. On découvre alors que la maladie n'est pas seulement localisée au sein et qu'elle atteint plusieurs organes. Le diagnostic de maladie métastatique est établi.



- 2. Soit le cancer du sein a été traité il y a plusieurs mois ou années : certaines cellules cancéreuses se sont endormies grâce aux traitements (chimiothérapie et radiothérapie) puis réveillées dans un autre organe que le sein malgré les traitements prodigués. Il s'agit alors d'une maladie métastatique.

10

- 3. Soit ce sont les métastases qui sont découvertes en 1^{er} suite à des symptômes : par exemple une douleur, une difficulté à respirer, une fatigue inhabituelle, un amaigrissement ... C'est en recherchant l'origine de ces symptômes qu'un cancer du sein est découvert.



11

Sommaire

→ L'ANNONCE

→ LE SEIN

→ LE DIAGNOSTIC DE CANCER DU SEIN

→ LES TRAITEMENTS DES CANCERS DU SEIN

- LE PARCOURS DE SOINS
- LA CHIRURGIE
- LA RADIOTHÉRAPIE
- LES TRAITEMENTS MÉDICAUX :
 - . LA CHIMIOTHÉRAPIE
 - . LES THÉRAPIES CIBLÉES
 - . L'HORMONOTHÉRAPIE

→ LA TOLÉRANCE AUX TRAITEMENTS

→ LES SOINS DE SUPPORTS

→ LA RECHERCHE CLINIQUE

→ ONCO-GÉNÉTIQUE

→ LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE

→ LA SURVEILLANCE

→ RÉMISSION OU GUÉRISON

→ ÉPILOGUE

→ CONCLUSION

→ L'ILLUSTRATRICE

→ LES AUTEURS

→ REMERCIEMENTS



Les patientes découvrent la maladie qui leur était inconnue jusqu'à présent



Quel est le bilan initial ?

Il comprend :

- Une mammographie des deux seins souvent associée à une échographie des deux seins et des aires ganglionnaires axillaires, sus et sous claviculaires.
- Dans certaines circonstances, une IRM mammaire.
- Un examen anatomopathologique de prélèvements réalisés au niveau de l'anomalie. C'est cette analyse des tissus prélevés qui établit le diagnostic de cancer du sein.
- Une consultation avec un médecin spécialisé dans le traitement des cancers du sein, incluant un examen clinique des seins.

La micro-biopsie : Pourquoi ?

Sa réalisation est indispensable avant toute intervention chirurgicale. Elle permet d'affirmer la malignité de la tumeur et ses caractéristiques :

- Préciser le type de cancer dont il s'agit.
- Déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont développées. À savoir s'il s'agit de carcinome in situ ou de carcinome infiltrant.
- Préciser la présence de récepteurs hormonaux sur les cellules cancéreuses ou celle du gène HER2.

Le prélèvement au niveau de la zone suspecte est le plus souvent réalisé à travers la peau (biopsie percutanée).



Que signifient les résultats anatomo-pathologiques ?

Les médecins orientent leur décision de traitement grâce à la clinique : l'aspect du sein, la taille de la lésion, si elle est palpable ou non, si des ganglions sont palpables au creux de l'aisselle mais aussi grâce aux caractéristiques précises énoncées dans les résultats des prélèvements.

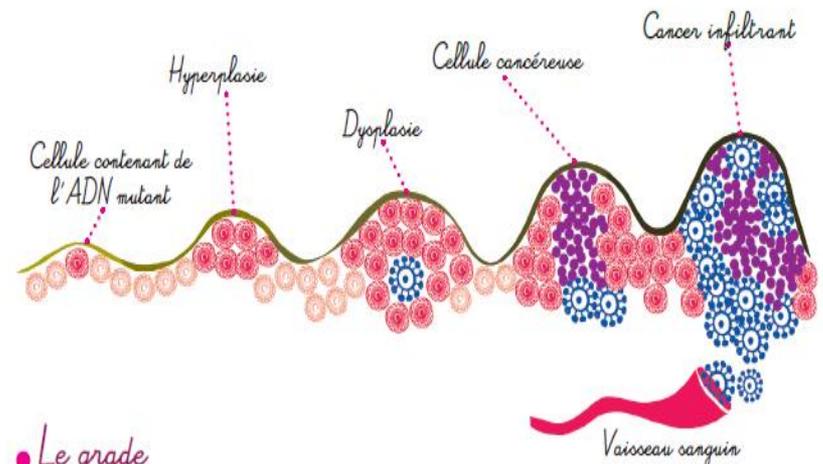
Ces critères sont indispensables à la décision des traitements complémentaires : chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie et thérapie ciblée anti-HER2.

• La nature de la lésion :

On distingue 2 grands types de lésions :

➤ **Un carcinome canalaire ou non spécifique** : il se forme dans les canaux de lactation. Les cellules cancéreuses traversent les parois des canaux.

➤ **Un carcinome lobulaire** : les cellules cancéreuses apparaissent dans les lobules, traversent leurs parois et se disséminent dans les tissus environnants.



• Le grade

Il permet d'évaluer l'agressivité de la tumeur selon :

- L'apparence des cellules cancéreuses : plus une cellule cancéreuse ressemble à une cellule normale, moins elle est agressive ; et inversement.
- La forme du noyau : plus il est gros et plus sa taille varie d'une cellule à l'autre, plus l'agressivité est importante.
- Le nombre de cellules en mitose : plus les cellules sont en mitoses, plus elles se divisent rapidement.

Le grade est la somme des notes obtenues pour chacun des 3 critères. Il correspond à 1 pour les tumeurs les moins agressives, à 3 pour les tumeurs les plus agressives, et à 2 pour les intermédiaires.



La chirurgie

Elle associe l'exérèse de la tumeur du sein et celle d'un ou des ganglions axillaires

*Y a-t-il plusieurs types de chirurgie possibles ?
Quels sont les éléments décisifs ?*

Le choix du type d'intervention dépend de plusieurs facteurs : la taille de la tumeur, la présence d'un ou de plusieurs foyers, la localisation dans le sein, la taille de la poitrine, et dans certains cas, de vos propres préférences. N'hésitez pas à poser toutes les questions qui vous préoccupent et prenez le temps de réfléchir. Il existe deux possibilités:

a) La chirurgie conservatrice ou mastectomie partielle :

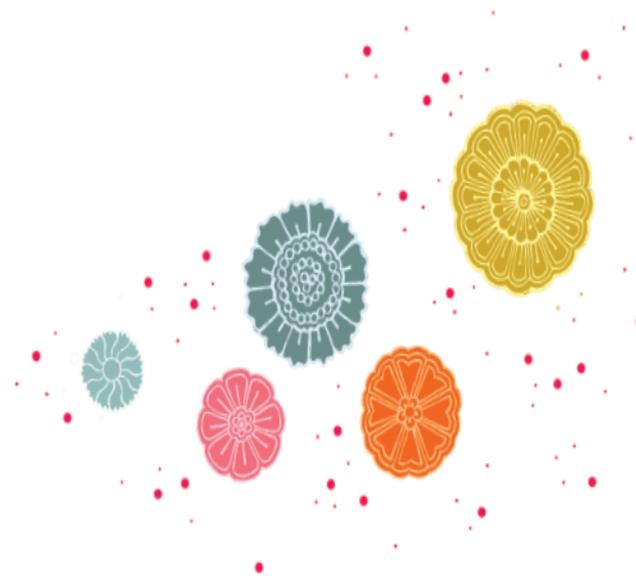
Elle consiste à retirer la tumeur et une petite quantité de tissu qui l'entoure de façon à conserver la plus grande partie de votre sein. Elle est privilégiée aussi souvent que possible, en concertation avec vous. Elle sera toujours complétée d'une radiothérapie.

Elle est indiquée lorsque la tumeur est suffisamment petite par rapport à la taille du sein, pour permettre de l'enlever complètement avec une marge de tissu sain autour. Lorsque la tumeur est volumineuse, l'intervention peut être précédée d'une chimiothérapie afin d'en réduire suffisamment la taille pour permettre une chirurgie conservatrice plutôt qu'une chirurgie non conservatrice.

Si les analyses effectuées sur la marge de sécurité entourant la tumeur enlevée pendant la première intervention révèlent qu'elle comporte des cellules cancéreuses, une seconde intervention sera nécessaire.

L'ablation de la tumeur doit en effet être faite en « marges saines » c'est-à-dire que la bande de tissu autour de la tumeur ne doit pas être atteinte par des cellules cancéreuses.

PLUSIEURS ÉTUDES ONT DÉMONTRÉ QU'IL N'Y A PAS PLUS DE RISQUES DE MORTALITÉ À RÉALISER UNE CHIRURGIE CONSERVATRICE DU SEIN QUAND CELLE-CI EST POSSIBLE, ET QUE LA QUALITÉ DE VIE EST MEILLEURE.





b) La chirurgie mammaire non conservatrice ou mastectomie totale

Elle consiste à enlever le sein dans lequel se situe la tumeur, dans son intégralité, y compris l'aréole et le mamelon. Elle peut vous être proposée si :

- La tumeur est trop volumineuse par rapport à la taille du sein pour réaliser une chirurgie conservatrice et une chimiothérapie ou une hormonothérapie néo-adjuvante, qui pourraient en diminuer le volume, ne sont pas possibles
- La forme de la tumeur ou sa localisation dans le sein rend impossible une chirurgie conservatrice : il resterait très peu de tissu mammaire ou le sein serait déformé
- Plusieurs tumeurs sont présentes dans le même sein et ne permettent pas un résultat esthétique acceptable

Avant une chirurgie non conservatrice : N'hésitez pas à aborder d'emblée la possibilité de reconstruire ce sein avec le chirurgien. La perte d'un sein modifie souvent profondément l'apparence physique et l'image que l'on a de soi.

POUR CERTAINES D'ENTRE VOUS, L'ABLATION TOTALE DU SEIN EST SYNONYME DE SÉCURITÉ MAXIMALE. LA DÉCISION DE CE GESTE SE DISCUTE : ELLE PEUT ÊTRE PROPOSÉE PAR LE CHIRURGIEN OU PEUT ÊTRE DÉCIDIÉE D'UN COMMUN ACCORD POUR DE MULTIPLES RAISONS : ÉVITER UNE REPRISE CHIRURGICALE, PARFOIS UNE RADIOTHÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE, EN CAS DE RISQUE GÉNÉTIQUE, ...

La radiothérapie

La radiothérapie utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Elle consiste à les diriger précisément à travers la peau, sur la zone à traiter, tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes avoisinants, dit organes à risque.

QUELLES ZONES PEUVENT ÊTRE TRAITÉES PAR RADIOTHÉRAPIE APRÈS CHIRURGIE D'UN CANCER DU SEIN ?

- la glande mammaire après chirurgie conservatrice
- la zone tumorale c'est-à-dire la région du sein où se trouvait la tumeur avant l'intervention chirurgicale
- la paroi thoracique après chirurgie non conservatrice
- les ganglions de la chaîne mammaire interne situés en arrière du sternum et ceux se situant au-dessus de la clavicule



QUELLES SONT LES INDICATIONS ?

Pour les cancers du sein in situ et infiltrants, la radiothérapie peut être utilisée en complément de la chirurgie avec pour objectif de détruire des cellules cancéreuses éventuellement résiduelles afin de limiter le risque de récurrence locale ou ganglionnaire. On parle de radiothérapie adjuvante.

- Après une chirurgie conservatrice, une radiothérapie externe de la glande mammaire est quasiment toujours réalisée. En présence de facteurs de risque de récurrence, un complément de traitement peut être administré, toujours par radiothérapie externe ou parfois par curiethérapie, au niveau de la région où la tumeur a été retirée. Pour les cancers infiltrants, l'indication d'une irradiation des ganglions est discutée selon l'envahissement ganglionnaire.
- Après une chirurgie non conservatrice (mastectomie totale), une irradiation de la paroi thoracique est uniquement indiquée pour les cancers infiltrants en présence de facteurs de risque de récurrence. Une irradiation des aires ganglionnaires peut être discutée selon le résultat de l'analyse des ganglions.

Le plan de traitement définitif établit notamment la dose et ses modalités de délivrance :

- dose par séance
- nombre et fréquence des séances.

LES SÉANCES DE RADIOTHÉRAPIE EXTERNE NE RENDENT PAS RADIOACTIF.
IL N'Y A DONC PAS DE PRÉCAUTION À PRENDRE VIS-À-VIS DE VOTRE ENTOURAGE UNE FOIS LA SÉANCE TERMINÉE.

Quels sont les critères décisifs à l'indication de la chimiothérapie ?

L'indication de chimiothérapie est retenue en fonction des caractéristiques anatomo-pathologiques permettant d'évaluer le risque de récurrence ou d'évolution de la maladie, et des caractéristiques biologiques (expression ou non de récepteurs hormonaux, surexpression ou non de HER2).

Plus la maladie est agressive, plus les risques de récurrence sont élevés, plus la chimiothérapie est indiquée.

Une surexpression d'HER2 nécessite la prescription d'une thérapie ciblée qui est systématiquement associée à une chimiothérapie qu'elle soit administrée avant ou après la chirurgie.



Comment en mesurer / évaluer le bénéfice ?

Les bénéfices de la chimiothérapie ne sont pas « mesurables » individuellement. Ils sont reconnus à partir d'études sur une large population. Dans certaines situations, la prise de décision peut être complexe. Cela nécessite alors d'évaluer les risques : certaines patientes peuvent, de par leur âge, leurs antécédents, leurs maladies associées, présenter un risque de toxicité plus élevé.

Comment évaluer l'efficacité de la chimiothérapie ?

Il n'y a pas, à ce jour, d'examens complémentaires permettant de vérifier l'efficacité de la chimiothérapie adjuvante (l'exérèse de la tumeur a été réalisée et le bilan d'extension n'a pas décelé de métastases : il n'y a donc aucune cible évaluable).

En cas de chimiothérapie néo-adjuvante, la taille de la tumeur + /- des ganglions axillaires est évaluée à chaque venue. Elle est confirmée en cours de traitement par une évaluation radiologique (mammographie, échographie). L'analyse anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse peut conclure à une réponse complète signifiant l'absence de cellules tumorales résiduelles.

Avec pédagogie et imagination

L'hormonothérapie



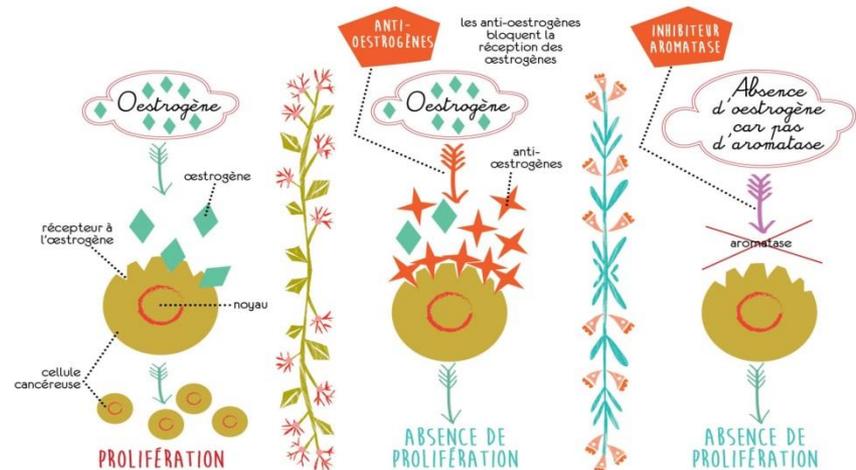
L'hormonothérapie est utilisée pour traiter les cancers du sein hormono-sensibles, en particulier aux œstrogènes (RH+).

Le recours à une hormonothérapie et le type de traitement dépendent :

- du fait que vous soyez ménopausée ou non,
- du temps écoulé depuis le diagnostic,
- du type de traitement que vous avez pris pour traiter le cancer du sein initial quand il s'agit d'une récurrence.

Il existe deux types d'hormonothérapies ; ces traitements empêchent les cellules cancéreuses qui possèdent des récepteurs aux œstrogènes d'être stimulées par les œstrogènes de l'organisme :

- soit en entravant leur fixation (on parle alors d'anti-œstrogènes),
- soit en empêchant leurs productions par inhibition enzymatique (on parle alors d'anti-aromatases).



Les soins de support

Ils s'inscrivent dans une démarche pluridisciplinaire afin d'améliorer le confort et la qualité de vie des patients, et d'optimiser ainsi l'efficacité des traitements spécifiques. Ils concernent tous les soins qui prennent en charge les conséquences de la maladie et des traitements. Les domaines d'intervention sont, par conséquent, larges et variés :

- la prise en charge et le traitement de la douleur, conséquence des traitements ou de la maladie elle-même
- La prise en charge des effets secondaires des traitements comme les troubles digestifs ou les problèmes de peau
- L'aide à la reprise d'une activité physique adaptée, pendant ou après la maladie
- Le soutien psychologique : vous pouvez en ressentir le besoin tout au long de votre parcours de soins ou à des moments plus spécifiques comme par exemple suite à l'annonce du cancer ou au contraire à la fin des traitements lorsque l'on pense que tout devrait aller mieux. Le soutien psychologique s'adresse aussi aux proches ou à vos enfants pour lesquels la traversée de la maladie à vos côtés peut engendrer un besoin d'aide.

→ L'aide à l'amélioration de l'image de soi. Lorsque le cancer modifie votre apparence, comme par exemple la perte des cheveux, des professionnels (socio-esthéticiennes) peuvent vous accompagner et vous conseiller.

→ Le suivi social : Vous pouvez avoir recours à des conseils ou à une aide sociale adaptée.

→ La prise en charge des problèmes diététiques liés à la maladie et au traitement.

→ La prise en charge de la fatigue, qu'elle soit physique ou psychologique

→ La prise en charge onco-sexuelle tant la maladie cancéreuse et ses traitements peuvent perturber votre vie intime et sexuelle

Votre équipe soignante pourra vous orienter vers les professionnels les plus adaptés à votre situation.



La reconstruction mammaire

La reconstruction mammaire fait partie intégrante de la prise en charge du cancer du sein, en particulier après une chirurgie mammaire non conservatrice.

Parmi les diverses motivations qui peuvent conduire une femme à choisir une reconstruction mammaire :

- Le désir de combler la perte du sein, parfois vécue comme une mutilation
- Le souhait d'éviter d'avoir à porter une prothèse mammaire externe
- L'envie de se sentir plus désirable et à l'aise dans son corps
- La volonté d'oublier ce qui rappelle le cancer du sein
- La possibilité de varier sa garde-robe, en particulier les soutien-gorges

CERTAINES FEMMES NE RESSSENTENT PAS LE BESOIN DE RECONSTRUIRE LEUR SEIN.
CE CHOIX EST PERSONNEL.

Quelles sont les méthodes de reconstruction mammaire ?

Il en existe deux principales, parfois associées :

- ⇒ La mise en place d'une prothèse interne (implant mammaire)
- ⇒ L'utilisation de tissus provenant d'autres parties du corps (reconstruction dite par lambeau).

La technique de reconstruction par prothèse interne ou par lambeau :

Les prothèses implantées utilisées aujourd'hui répondent à des normes strictes afin de vous garantir le maximum de sécurité.

N'hésitez pas à interroger votre chirurgien sur toutes les méthodes de reconstruction dont vous pouvez bénéficier (y compris celles qu'il ne pratique pas).

La chirurgie de reconstruction peut demander du temps pour obtenir le résultat souhaité. Plusieurs gestes de la part du chirurgien peuvent être nécessaires. La première étape est celle de la reconstruction du volume du sein, puis viendra l'étape de reconstruction de l'aréole et du mamelon puis si nécessaire, il faudra parfois réaliser des ajustements comme la symétrisation avec l'autre sein.

L'avenir : la création d'une Association

« Mon Parcours de Vie »

enregistrement en préfecture ce 19 novembre 2020



Créer une dynamique collective : soignants, patientes et famille.

Cette association a pour objet :

- La réalisation, la publication, l'impression, la diffusion de livres d'information et de partage dont le thème principal est le cancer
- Des actions d'enseignement, de promotion et de prévention de la santé
- Pérenniser le tome II : dons, partenariat
- Création d'un site WEB
- Organiser une manifestation annuelle
- Assurer la diffusion nationale du tome II
 - Acquis : le soutien du Dr Bruno CUTULI, président de la SFSPM

Mon parcours de vie

LE CANCER DU SEIN

Un voyage de douces parenthèses

Auteurs :
Anne BERGER
& Lionel UWER

préserver mon bien-être

Illustratrice:
Charlotte
COTTEREAU

POUR CET OUVRAGE, NOUS AVONS PARTAGÉ L'ÉCRITURE DE CERTAINS CHAPITRES
ET LA RELECTURE AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, D'AUTRES REGARDS,
D'AUTRES EXPERTISES, DE BELLES RENCONTRES !

NOUS SOMMES TRÈS FIERS ET HEUREUX DE LEUR SOUTIEN.

CLAIRE CHARRA-BRUNAUD
onco-radiothérapeute, à
l'Institut de Cancérologie de
Lorraine à NANCY

ALINE HENRY,
médecin spécialiste
de soins de supports,
à l'Institut de
Cancérologie de Lorraine
à NANCY

LAETITIA DEMARÇIE,
psychologue clinicienne,
hypnothérapeute,
à l'Institut de
Cancérologie de Lorraine
à NANCY

FRANÇOIS BOURGOENON,
médecin psychiatre,
à l'Institut de Cancérologie
de Lorraine à NANCY

JEAN-PASCAL FYAD,
chirurgien plasticien
à NANCY

JEAN-LIONEL BAGOT,
médecin homéopathe
au groupe hospitalier
Saint-Vincent à STRASBOURG

BRUNO CUTULI,
onco-radiothérapeute,
à l'Institut de Cancérologie
de Courclancy à REIMS

LAURE MARTINI-HUBRECHT,
médecin acupuncteur au groupe
hospitalier Saint-Vincent à
STRASBOURG



Préface des auteurs

L'écriture de « Mon parcours de vie, le cancer du sein métastatique », puis de « Mon parcours de vie, le cancer du sein » nous a donné l'impulsion pour écrire ce troisième ouvrage, et à imaginer avec Charlotte de nouvelles illustrations.

« Prenez soin de vous. N'hésitez pas à vous faire plaisir, à vous écouter, à écouter votre corps et votre cœur. Vous serez peut-être une autre personne, ou bien la même personne enrichie de nouvelles valeurs ».

Ce nouveau livre aborde votre bien-être, votre bien-vivre, avec la maladie.

Le bien-être est, par définition, très intime et personnel.

C'est un état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit. Sa perception est variable d'une personne à une autre. Toutefois, il est si important quand notre corps, notre âme sont malmenés par la maladie, l'environnement.

LE BIEN-ÊTRE N'EST PAS UN ACQUIS, IL FAUT PARFOIS LE CHERCHER : DANS TOUS LES CAS, LE PRÉSERVER. C'EST UN TRÉSOR QUI MÉRITE NOTRE ATTENTION VOIRE NOTRE BIENVEILLANCE AU QUOTIDIEN.

Comment ? prendre le temps (comme un voyage en montgolfière), en cessant de courir dans le stress de son activité professionnelle aussi passionnante soit elle, en profitant de chaque instant, en vivant différemment, en prenant soin de soi.



Sommaire

- 🌸 LA SOCIO-ESTHÉTIQUE
- 🌸 LA KINÉSITHÉRAPIE
- 🌸 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE
- 🌸 L'ALIMENTATION
- 🌸 L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE
- 🌸 LA MÉDITATION DE PLEINE PRÉSENCE
- 🌸 L'HYPNOSE
- 🌸 LA SOPHROLOGIE
- 🌸 L'HOMÉOPATHIE
- 🌸 L'ACUPUNCTURE
- 🌸 LA SEXOLOGIE ET L'INTIMITÉ
- 🌸 LES CURES THERMALES
- 🌸 CONCLUSION
- 🌸 ÉPILOGUE
- 🌸 BIBLIOGRAPHIE
- 🌸 REMERCIEMENTS

Une expérience inédite en France : le Dragon Boat



Le dragon boat est une embarcation (type pirogue ou canoë) d'origine chinoise qui peut accueillir une vingtaine de pagayeurs et un barreur. En 1996, le Dr Donald Mc Kenzie, médecin physiologiste canadien eut l'idée, extrêmement novatrice de créer un équipage de « dragon ladies » avec des femmes traitées pour un cancer du sein.

L'objectif était de leur démontrer qu'il leur était possible et bénéfique de pratiquer une activité sportive. Cela pouvait paraître insensé, voire dangereux, car toutes ces femmes avaient eu un curage axillaire et, à l'époque, les activités motrices du membre supérieur étaient totalement contre-indiquées à cause du risque de lymphoedème.

Le mouvement effectué dans le dragon boat peut assez bien s'adapter à la maladie, car il se fait du haut vers le bas, avec une participation importante de la musculature dorsale. Le premier équipage de 24 femmes fut créé en janvier 1996 à VANCOUVER. L'expérience montra que non seulement aucune ne développa de lymphoedème secondaire mais que plusieurs d'entre elles constatèrent une amélioration de la mobilité de l'épaule.



A REIMS en 2009, l'association « Ensemble pour elles » rassembla le premier équipage qui participa à la Vogalonga en 2010. Il s'agit d'une immense régata sur la lagune de VENISE rassemblant chaque année plus de 5000 personnes.

Pour ces femmes rémoises, ce fut un très grand défi physique et moral, une formidable aventure après des mois d'entraînement, racontée avec beaucoup d'émotions dans le film « Nous irons à Venise ».

ON Y VOIT CET ESPRIT D'ÉQUIPE ET D'ENTRAIDE QUI A PERMIS À CES FEMMES DE SURMONTER LA MALADIE ET DE SE DIRE QU'ELLES ÉTAIENT CAPABLES DE RÉALISER DE TRÈS BELLES CHOSES. LA FORCE DU GROUPE, L'ENGAGEMENT ET LE DÉPASSEMENT DE CHACUNE ONT EU RAISON DE TOUS LES OBSTACLES.

C'est un message d'espoir pour toutes !

Bruno CUTULI

La méditation de pleine présence (ou de pleine conscience)

*Méditer, c'est s'arrêter, ressentir, observer
et laisser les choses être telles qu'elles sont.*

Inscrite depuis des millénaires au cœur de la philosophie bouddhiste, la méditation de pleine présence (mindfulness) est de plus en plus utilisée dans le soin de la souffrance physique ou psychique et son intérêt a été validé scientifiquement dans de nombreuses indications.

Dans le cadre de la maladie chronique et du cancer, la pratique méditative améliore la qualité de vie, le sommeil, les symptômes de stress, d'anxiété et de dépression.

EN SUBSTANCE, MÉDITER, C'EST ÊTRE PRÉSENT. OU ENCORE, C'EST S'ENTRAÎNER À ÊTRE.

La méditation est envisagée ici comme une pratique de l'attention destinée avant tout à comprendre les mécanismes de l'esprit, à développer une façon différente d'être en lien avec ses pensées, émotions et sensations, et à se rapprocher de qui compte réellement pour soi.

Il est important de préciser qu'utilisée dans un contexte de soins, la méditation est une affaire de soignants. Car, comme l'activité physique, si cette approche est proposée à des patients de façon inadaptée, elle peut s'avérer délétère.

Sous sa forme actuelle, la méditation est le plus souvent dispensée en groupe, selon des programmes qui se déroulent sur deux mois, et s'adresse principalement à des personnes en rémission. Ceci étant, d'autres types d'interventions - plus courtes, moins formelles et plus ciblées - sont tout à fait envisageables pour les patientes en cours de traitement.



Être juste là et vivre pleinement l'expérience du moment présent. Naturellement, cette qualité d'attention peut survenir spontanément chez tout être humain et dans n'importe quelle situation. C'est par exemple ce qui arrive à Amélie Poulain lorsqu'elle cultive un goût particulier pour les tout petits plaisirs : plonger la main au plus profond d'un sac de grains, briser la croûte des crèmes brûlées avec la pointe de la petite cuillère et faire des ricochets sur le canal Saint-Martin.

**ET SI, COMME ELLE, VOUS COMMENCEZ PAR FAIRE DES PAUSES SENSORIELLES,
EN PRENANT SIMPLEMENT LE TEMPS D'APPRÉCIER CE QUE VOUS AIMEZ ?**

François BOURGOGNON



Merci pour votre attention

