


Partie IV



**LES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES  
DES MALADES ET LEUR PRISE EN CHARGE**

# Les facteurs associés à l'ajustement mental des malades du cancer.

## Un exemple d'utilisation de la MAC

---

Sandrine Cayrou et Paul Dickes

Le concept d'ajustement mental recouvre la réaction émotionnelle de l'individu face à un événement stressant. Il s'agit de comprendre comment les personnes confrontées au cancer s'adaptent à la maladie et d'identifier les stratégies spécifiques qu'elles utilisent aux différents moments de la maladie. Pour mesurer l'ajustement mental, qui ne doit pas être confondu avec le *coping*, cette étude utilise une échelle, la MAC 21, qui distingue l'esprit combatif considéré comme une adaptation positive, de l'impuissance-désespoir et des préoccupations anxieuses, considérées comme une adaptation négative incluant de la détresse.

L'ajustement au cancer apparaît d'abord lié aux variables sociodémographiques : être jeune, de sexe féminin, avoir encore des enfants à charge, avoir un haut niveau d'études, des revenus élevés et être cadre ou appartenir à une profession intermédiaire favorise l'esprit combatif et atténue le sentiment de détresse. L'ajustement mental, et notamment la détresse, sont aussi étroitement liés aux représentations subjectives que le malade se fait de son état de santé et à la façon dont il perçoit sa qualité de vie. De plus, la qualité de la relation avec l'équipe soignante (satisfaction par rapport aux soignants, à la fréquence du suivi médical, sentiment d'avoir reçu une information suffisante au cours du traitement, etc.) et le sentiment d'avoir bénéficié d'un soutien affectif et moral renforcent l'esprit combatif et diminuent la détresse. Cette étude a permis de dégager trois profils types d'ajustement. Une meilleure connaissance de ces stratégies pourrait permettre d'améliorer la prise en charge psychologique et la communication entre le patient et son médecin.

**A**L'ANNONCE du cancer et lors de tous les événements qui vont suivre, la personne atteinte va mettre en place un certain nombre de ressources pour « s'ajuster », c'est-à-dire pour réussir à intégrer la réalité de la maladie et de ses traitements dans son quotidien familial, professionnel et social. Le terme d'ajustement est souvent utilisé en psychologie de la santé et en psycho-oncologie pour souligner la disparition d'éventuels troubles psychologiques ou le retour à un fonctionnement habituel. Pour rendre compte de la persistance des symptômes dans le temps, il est important de comprendre les processus

d'ajustement. Des cliniciens et chercheurs anglais ont défini l'ajustement mental comme les réponses émotionnelles, cognitives et comportementales faites par un individu à la maladie cancéreuse [Greer *et al.*, 1989]. En s'entretenant avec des malades atteints de cancer, ils ont analysé leurs discours et ont retenu un ensemble de 58 phrases reflétant au mieux leurs pensées, sentiments ou comportements à la suite d'un diagnostic de cancer.

### De la MAC (*Mental Adjustment to Cancer-Scale*) à la mini-MAC

Les techniques d'analyse de contenu leur ont permis de mettre en évidence cinq façons de réagir à la maladie : « l'esprit combatif », « l'impuissance-désespoir », les « préoccupations anxieuses », le « fatalisme » et le « déni ». De là, ils ont construit et analysé les réponses des sujets à un autoquestionnaire, la MAC-Scale (*Mental Adjustment to Cancer Scale*), comprenant 40 items : 16 items pour l'esprit combatif, 6 items pour l'impuissance-désespoir, 9 items pour les préoccupations anxieuses, 8 items pour le fatalisme et 1 item pour le déni [Watson *et al.*, 1989].

- Dans la MAC de Watson, l'esprit combatif est défini comme la capacité d'une personne à considérer la maladie comme un défi, à souscrire à une vision optimiste du futur et à croire qu'elle peut contrôler en partie sa maladie ; des stratégies dites « actives » sont alors mises en place.
- À l'inverse, dans le cas de l'impuissance-désespoir, la personne perçoit sa maladie comme une peine perdue, le pronostic comme étant inévitable et le devenir de manière négative ; selon elle, aucun contrôle ne peut être exercé sur la maladie ; les stratégies « actives » sont absentes.
- Les préoccupations anxieuses traduisent une angoisse importante associée au diagnostic et au pronostic, lequel est perçu comme incertain ; la maladie semble difficilement maîtrisable mais des réponses comportementales compulsives permettant de se rassurer sont mises en œuvre.
- Le fatalisme est associé à une minimisation du diagnostic, perçu comme une faible menace ; le devenir est accepté avec équanimité, dans la mesure où aucun contrôle ne peut être exercé sur la maladie ; l'absence de stratégies plus combattives laisse place à une acceptation passive ou à la résignation.
- Les personnes qui utilisent le déni comme méthode d'ajustement considèrent que le diagnostic est une menace minime et gardent un point de vue positif sur l'avenir, bien que les stratégies de « contrôle » ne soit pas présentes.

Les dimensions de l'ajustement mental combinent donc le stress perçu et le contrôle perçu. Sa signification est donc plus large que celle des réactions au stress (encadré 1).

Les qualités psychométriques de la MAC-Scale de Watson ont été vérifiées. En particulier la fidélité et la validité des agrégats construits ont été jugées satisfaisantes. Il existe une synthèse de la littérature française et internationale sur cette question [Cayrou *et al.*, 2003]. L'échelle a fait l'objet de validation dans de nombreux pays et a été utilisée pour mesurer l'évolution clinique des patients et les effets des interventions psychologiques. Elle a également servi à déterminer l'efficacité des stratégies d'ajustement sur la qualité de vie et la survie.

En 1994, Watson et son équipe, repartant d'un lot de 66 items, décident de développer une version courte de la MAC (appelé « mini-MAC »), en y intégrant des items d'évitement. Il s'agissait pour eux de proposer un questionnaire plus court et d'affiner la théorie concernant l'ajustement. Les 29 items retenus conservent quatre des cinq dimensions originelles. Par ailleurs, une échelle d'évitement vient remplacer les échelles de fatalisme et de déni, lesquelles ne sont pas conservées.

## ENCADRÉ 1

**L'ajustement mental n'est pas le coping**

Longtemps, les concepts d'ajustement mental et de *coping* se sont confondus, leurs définitions s'avérant très similaires pour le profane. Il faut bien retenir que ces deux concepts ont émergé dans des champs théoriques et expérimentaux différents. Les échelles de *coping* sont multiples, leurs dimensions extrêmement variées dans les dénominations et les items qui les composent.

Le concept anglo-saxon de *coping* est apparu dans les années 1960. Il est issu de la théorie sur le stress quand il est devenu clair que les individus ne réagissent pas de la même façon à un événement. Le *coping* se traduit en français par « stratégie d'ajustement ». Selon Lazarus et Folkman [1984], le *coping* est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Le stress dépendant d'une transaction entre l'individu et l'environnement, le *coping* apparaît donc comme le médiateur de la relation événement stressant – détresse émotionnelle. C'est aussi bien une activité qu'un processus de pensée. Le *coping* inclut donc à la fois les fonctions de régulation émotionnelle et la résolution de problème, c'est-à-dire les stratégies inconscientes et conscientes que l'individu met en place pour s'ajuster à un événement menaçant.

Comme le soulignent Nordin et Glimelius [1998], puis Wasteson *et al.* [2006], l'ajustement mental est différent du *coping* en ce sens qu'il inclut les réactions émotionnelles involontaires et l'évaluation de la situation stressante. L'ajustement mental ne sépare pas l'évaluation de la situation stressante, de l'évaluation de la réponse à cette situation.

**La version française de la MAC**

Beaucoup d'études utilisant la MAC sous sa forme originelle (MAC-*Scale*) de 40 items ou sous sa forme abrégée de 29 items (Mini-MAC) ne mettent pas en cause les dimensions d'évitement trouvées par Watson. Notre étude ne prend toutefois pas en compte ces dimensions, qui sont en règle générale beaucoup moins corrélées à la réussite ou à l'échec de la méthode d'ajustement.

En effet, des publications contestent la pertinence des dimensions de Watson, après avoir utilisé des méthodes d'analyses factorielles. En 2003, quatre études de la littérature internationale [Cayrou *et al.*, 2003] ne reprennent pas les dimensions de Watson, leur donnant de nouvelles étiquettes, ou construisant de nouvelles dimensions qui ne font pas partie de la structure théorique originelle. Plusieurs arguments ont été avancés pour expliquer ces modifications : le fait que les échantillons ne soient pas comparables, les différences culturelles dans la compréhension des questions, les différences méthodologiques de traitement et d'analyse (extraction et rotation factorielles) et le manque de fidélité<sup>1</sup> des items, dans la mesure où les réponses reflètent une attitude ambivalente envers la question posée et peuvent facilement basculer de sens d'une étude à l'autre.

En revanche, pour 21 des 40 items du questionnaire, l'interprétation restait congruente d'une étude à l'autre. Ces items, particulièrement robustes, ont servi de base à la construction de la version française de la MAC 21, utilisée dans cette recherche. Cette version a été validée en 2002 par Cayrou et Dickès [2002] ; l'échelle de 21 items (MAC 21), issus des 40 items de la MAC, comprend trois dimensions : l'esprit combatif, l'impuissance-désespoir et les préoccupations anxieuses.

1. Nous employons le terme « fidélité » qui rend mieux la traduction du terme technique anglais « reliability », mais dans la littérature francophone, on utilise également le terme « fiabilité ».

Une analyse factorielle confirmatoire a en effet permis de reproduire ces trois dimensions de base de la théorie de Watson. Les fortes corrélations entre facteurs du premier ordre ont aussi conduit à construire deux facteurs plus généraux qui permettent d'expliquer les variations des dimensions de base. L'adaptation *positive* est mesurée par l'esprit combatif et l'adaptation *négative* ou *détresse* par l'impuissance-désespoir et les préoccupations anxieuses (encadré 2).

L'emploi du concept de détresse est préférable aux notions psychiatriques, car les patients le comprennent mieux, se sentent moins stigmatisés. De plus, cette notion souligne le caractère « normal » des réactions d'une personne à une maladie, souvent jugée grave, et à ses traitements, parfois lourds de conséquences. De façon générale, la détresse évolue de façon continue, des sentiments normaux et habituels de vulnérabilité, de tristesse, de peur, jusqu'aux problèmes aigus de dépression, d'anxiété, de panique, d'isolement, de crise existentielle [Holland *et al.*, 1999]. La détresse psychologique mesurée par le questionnaire de Holland touche 30% à 50% des personnes atteintes de cancer. Les symptômes diminuent en général avec le temps, de façon importante sur la première année. Cependant, 20% des personnes qui se sont déclarées en rémission de leur cancer conservent sur le long terme des troubles psychologiques – cet « échec adaptatif » étant mesuré par la persistance d'une détresse [Kornblith, 1998].

Dans l'Enquête sur les conditions de vie des personnes atteintes de cancer, la MAC 21 a été retenue pour mesurer « l'ajustement mental<sup>2</sup> ». Cette échelle, brève et donc rapide à remplir, permet de distinguer entre adaptation positive et négative. Nous laissons de côté la dimension de l'évitement qui est en règle générale beaucoup moins corrélée à la réussite ou l'échec adaptatif. L'intérêt de la MAC 21 est de fournir un indicateur de la qualité de l'adaptation pour des patients à deux ans du diagnostic, sans entrer dans le détail des variations des stratégies d'adaptation depuis le début de leur maladie jusqu'au moment de l'enquête.

## Les facteurs associés à l'ajustement mental dans la littérature

Plusieurs études ont analysé les liens entre la MAC et d'autres concepts : en particulier avec les échelles d'anxiété et de dépression, mesurées par des adjectifs ou des symptômes [Cayrou et Dickes, 2002] ou les symptômes associés à l'anxiété et à la dépression [Grassi *et al.*, 1993] ; la capacité du patient à exprimer ses émotions [Classen *et al.*, 1996] ; le soutien social et familial [Akechi *et al.*, 1998] ; la qualité de vie [Ferrero *et al.*, 1994 ; Anagnostopoulos *et al.*, 2006] ; la satisfaction envers l'équipe soignante [Fujimori *et al.*, 2007] ; ou encore, la sévérité de la maladie [Mystakidou *et al.*, 2005].

Les résultats de ces études peuvent être résumés de la façon suivante :

- Les symptômes associés à l'anxiété, à la dépression et aux phobies sont associés à une plus grande détresse et à un esprit combatif moins fort. L'impuissance-désespoir est davantage liée aux échelles de dépression qu'aux échelles d'anxiété (et vice versa pour les préoccupations anxieuses).
- L'esprit combatif est de moins en moins prononcé au fur et à mesure que l'âge augmente, mais il se renforce avec le niveau d'études.
- L'esprit combatif s'améliore avec les échelles de santé perçue, contrairement à la détresse, laquelle est plus fréquente lorsque la personne est atteinte d'un handicap sévère.
- L'esprit combatif est associé à un besoin d'information, d'explications claires et à la recherche d'une relation soutenue avec l'équipe soignante. Si le malade a un esprit combatif élevé, est de sexe féminin et a un niveau d'études élevé, alors il souhaite de façon plus importante que les autres communiquer avec le médecin.

2. Précisons que nous ne mesurons pas ici le « coping » mais « l'ajustement mental », en y incluant la composante émotionnelle de la réaction au stress.

## ENCADRÉ 2

**Le questionnaire de la MAC 21**

Pour illustrer la MAC21, voici la consigne de la version écrite et une sélection de deux items par dimension. *Les énoncés ci-dessous décrivent les réactions des personnes atteintes de cancer. Veuillez entourer, à droite de chaque énoncé, le chiffre précisant dans quelle mesure cet énoncé s'applique à vous actuellement. Par exemple, si l'énoncé ne s'applique vraiment pas à votre réaction, entourez le chiffre 1 dans la première colonne.*

|   | Ne s'applique pas du tout à moi | Ne s'applique pas à moi | S'applique à moi | S'applique totalement à moi |
|---|---------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------|
| Je crois fermement que je vais aller mieux.   | 1                               | 2                       | 3                | 4                           |
| J'essaie de combattre la maladie.   | 1                               | 2                       | 3                | 4                           |
| J'ai l'impression que mes problèmes de santé m'empêchent de faire des projets d'avenir. | 1                               | 2                       | 3                | 4                           |
| Je sens que la vie est sans espoir.   | 1                               | 2                       | 3                | 4                           |
| J'ai peur que le cancer récidive ou empire.   | 1                               | 2                       | 3                | 4                           |
| Je souffre d'une grande angoisse à ce sujet.  | 1                               | 2                       | 3                | 4                           |

Un score est obtenu pour chaque dimension en additionnant les réponses données aux items de celle-ci. L'esprit combattif est mesuré par 9 items, l'impuissance-désespoir et les préoccupations anxieuses par respectivement 7 et 5 items. Le score global d'adaptation négative ou détresse est calculé en additionnant les scores des préoccupations anxieuses et de l'impuissance-désespoir, le score de l'adaptation positive est égal à celui d'esprit combattif.

- Les malades exprimant une grande détresse souhaitent davantage un soutien affectif de la part de leur médecin.
- Les personnes ayant un esprit combattif développé ont plus souvent déclaré avoir bénéficié de soutien social, contrairement à ceux qui ressentent de la détresse. Notons que le soutien social a souvent été étudié comme un facteur favorisant l'ajustement à la maladie.

L'esprit combattif et l'impuissance-désespoir sont des médiateurs entre les traits de personnalité de la personne, optimiste ou pessimiste, et la perception de sa qualité de vie.

L'étude ici présentée conforte ces résultats. Elle permet également de documenter le lien entre les caractéristiques sociodémographiques et l'ajustement mental face au cancer, une relation jusqu'alors très peu étudiée. Il s'agit en effet d'analyser les liens entre les stratégies d'ajustement à la maladie et les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, les caractéristiques de la maladie, la perception subjective de l'état de santé, la relation avec le système de soins, la vie quotidienne et sociale, la vie affective et enfin la qualité de vie. Une analyse typologique nous a ensuite permis de dégager trois groupes, correspondant à trois types d'ajustements (encadré 3, p. 178).

## MÉTHODOLOGIE

**La sous-population étudiée**

L'échantillon est composé de 4 234 personnes ayant rempli le questionnaire d'une façon satisfaisante. À cause d'un nombre important de données manquantes, 36 protocoles ont été écartés.

**Les variables de l'ajustement au cancer**

Le score brut est calculé en faisant la somme des réponses aux items correspondant à chacune des trois sous-échelles. L'adaptation positive est représentée par le score d'esprit combatif et l'adaptation négative, par la somme des sous-échelles impuissance-désespoir et préoccupations anxieuses, que nous dénommons « détresse ».

Afin de rendre les scores comparables, nous les avons transformés linéairement en échelles standardisées, de moyenne 50 et d'écart type 10. Un malade avec un score d'esprit combatif supérieur à la moyenne (50) a une « bonne adaptation positive ». Un score de détresse supérieur à la moyenne (50) signifie qu'il a des « difficultés d'adaptation ».

**Qualités psychométriques des sous-échelles de la MAC 21**

Les qualités psychométriques de la MAC 21 de cet échantillon ont été contrôlées et sont en conformité avec celles de la version de Cayrou et Dickes [2002].

**Construction d'indicateurs pour les variables explicatives**

Les résultats d'analyse en composantes principales nous ont conduit à créer des indicateurs synthétiques à utiliser comme variables explicatives.

– *L'indicateur subjectif de l'état de la maladie* est évalué à partir de variables qui rendent compte de la représentation que le malade se fait de son état de santé : on compte 1 si l'enquêté a répondu que la maladie est stabilisée, qu'elle est en rémission, qu'elle n'est pas en rechute qu'elle n'est pas chronique ou qu'ils sont guéris et 0 dans les autres cas. Le score va donc de 0 à 5. et croît avec une vision optimiste de l'évolution de la maladie.

– Un indicateur composite permettant de rendre compte de *l'insuffisance dans l'assimilation de l'information* a été construit à partir des variables suivantes : on compte 1 si le malade a le sentiment d'être dans l'incapacité de poser des questions, s'il juge que les informations médicales sont trop compliquées ou que la quantité d'information donnée est trop importante et 0 dans les autres cas. La variable prend donc des valeurs comprises entre 0 et 3. et décroît avec le niveau d'assimilation de la maladie

– Un indicateur mesurant *l'insuffisance dans la réception de l'information* a été construit à partir des variables suivantes : on compte 1 si l'information reçue sur la maladie et les traitements a été évaluée insuffisante, ou si le malade estime que les médecins ne prenaient pas le temps pour répondre à ses questions et 0 dans les cas contraires. La variable peut prendre les valeurs 0,1 ou 2

**Analyses statistiques**

Nous avons fait des analyses de la variance pour l'échantillon pondéré. La significativité du coefficient F est fixée à  $p < 0,001$ . Les variables dépendantes sont les scores standardisés des sous-échelles « esprit combatif » et « détresse ». Nous tenons compte ici des relations fortement significatives (à  $p < 0,001$ ) du point de vue statistique et présentons les résultats importants dans un tableau. Nous exprimons l'importance relative de la liaison par le pourcentage de variance expliquée par les variables indépendantes. Il s'agit du coefficient  $\eta^2$ , pouvant varier entre 0 % et 100 %. La relation est discutée dans cette étude lorsque ce coefficient est supérieur à 1 %.

### Analyse typologique

Nous avons réalisé une analyse typologique hiérarchique itérative au moyen des échelles standardisées de l'esprit combatif et de la détresse. L'algorithme de calcul a pour objet de minimiser des différences entre les sujets au sein d'un groupe et de maximiser les différences entre les groupes. Nous avons décidé d'arrêter l'analyse à trois groupes, à la suite de la diminution notable de l'erreur de classification en passant de deux à trois groupes, la forte corrélation entre les groupes et les variables servant à la classification et l'interprétation congruente des résultats obtenus avec l'avis des cliniciens. La moyenne et l'écart type des deux échelles d'ajustement standardisées sont très différents pour les trois groupes et permettent de les étiqueter.

Les caractéristiques saillantes, servant à décrire les groupes typologiques, ont été dégagées à partir des tableaux croisés reliant l'appartenance des sujets aux groupes. Seules les cellules sur- ou sous-représentées des tableaux croisés ont été retenues pour servir à la description narrative des groupes.

### Esprit combatif et détresse apparaissent liés au niveau d'études, aux ressources et à la catégorie professionnelle

L'esprit combatif apparaît lié au sexe et à l'âge, qui expliquent respectivement 1 % et 5,6 % de la variance (tableau 1) : les femmes sont plus combattives que les hommes ; de même, les personnes plus jeunes sont nettement plus combattives que les plus âgées.

Le niveau d'études, le niveau de revenus et, corrélativement, la catégorie socioprofessionnelle expliquent respectivement 6,1 %, 5,2 % et 2,6 % de la variance du score d'esprit combatif. L'esprit combatif s'améliore avec le niveau de revenu – comme avec le fait de considérer que ses ressources permettent de vivre convenablement (2,5 % de la variance expliquée) –, ainsi qu'avec le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle. Les scores moyens des ouvriers (47,9) et des agriculteurs exploitants (46,7) sont les moins élevés, contrairement à ceux des professions intermédiaires (51,2) et des cadres (52,2).

L'ajustement positif au cancer apparaît également lié aux caractéristiques de la famille ou du ménage. L'esprit combatif croît jusqu'à deux enfants à charge, puis diminue progressivement.

On retrouve les mêmes types de relations entre les caractéristiques sociodémographiques et la détresse, mais de manière évidemment opposée. La détresse diminue au fur et à mesure que le niveau d'études, l'évaluation de son revenu ou la catégorie socioprofessionnelle augmentent : ils expliquent respectivement 7,5 %, 7,7 % et 5 % de la détresse. Les scores moyens de détresse sont plus élevés pour les ouvriers et plus faibles pour les cadres et professions intermédiaires, les autres catégories socioprofessionnelles occupant une position intermédiaire. En revanche, la détresse n'apparaît pas liée aux caractéristiques de la famille ou du ménage.

TABLEAU 1

### Relations entre l'ajustement mental au cancer et les principales variables de l'enquête

| Caractéristiques sociodémographiques                                    | Score « esprit combatif » | Score « détresse » |
|---|---------------------------|--------------------|
| <b>Sexe</b>   |                           |                    |
| Homme   | 48,9 (10,0)               | 49,8 (9,9)         |
| Femme   | 51,0 (9,9)                | 50,1 (10,1)        |
| <i>% variance expliquée</i>   | 1,0                       | 0,0                |
| <b>Âge</b>  |                           |                    |
| 18-39 ans   | 54,7 (9,2)                | 47,8 (10,2)        |
| 40-49 ans   | 53,4 (9,7)                | 49,0 (10,6)        |
| 50-59 ans   | 50,9 (10,1)               | 50,0 (10,3)        |
| 60-69 ans   | 50,1 (9,9)                | 49,7 (10,1)        |
| 70-79 ans   | 47,5 (9,4)                | 50,9 (9,2)         |
| 80 ans et plus  | 45,5 (9,3)                | 51,7 (9,0)         |
| <i>% variance expliquée</i>   | 5,6                       | 0,8                |
| <b>Niveau d'études</b>  |                           |                    |
| Aucun diplôme-CEP   | 47,2 (9,6)                | 52,9 (10,0)        |
| BEP-BEPC-CAP  | 50,5 (9,7)                | 50,0 (9,7)         |
| Bac   | 52,1 (9,9)                | 48,0 (9,4)         |
| Supérieur au bac  | 53,7 (9,6)                | 45,5 (8,9)         |
| <i>% variance expliquée</i>   | 6,1                       | 7,5                |
| <b>Nombre d'enfants à charge</b>  |                           |                    |
| 0   | 49,2 (9,8)                | 50,2 (9,8)         |
| 1   | 51,5 (10,2)               | 49,5 (10,9)        |
| 2   | 53,6 (9,2)                | 48,6 (10,0)        |
| 3   | 52,9 (10,2)               | 49,0 (10,9)        |
| 4 et plus   | 52,6 (10,3)               | 51,0 (11,0)        |
| <i>% variance expliquée</i>   | 2,3                       | 0,3                |
| <b>Revenus mensuels du ménage au moment de l'enquête (par tranches)</b> |                           |                    |
| Pas de revenu   | 49,3 (8,6)                | 53,9 (9,2)         |
| 380 € et moins  | 47,0 (9,6)                | 52,7 (7,3)         |
| 381-610 €   | 46,8 (10,2)               | 54,2 (10,8)        |
| 611-760 €   | 46,1 (10,2)               | 53,6 (10,4)        |
| 761-1070 €  | 47,3 (9,4)                | 53,4 (9,9)         |
| 1071-1370 €   | 48,6 (9,9)                | 52,6 (10,3)        |
| 1371-1830 €   | 49,1 (9,9)                | 51,0 (9,8)         |
| 1831-2290 €   | 51,0 (9,6)                | 49,2 (9,6)         |
| 2291-3050 €   | 52,2 (10,0)               | 47,5 (9,3)         |
| 3051-4570 €   | 53,2 (10,0)               | 45,8 (8,5)         |
| 4571 € et plus  | 54,3 (9,8)                | 45,4 (9,5)         |
| <i>% variance expliquée</i>   | 5,2                       | 7,7                |
| <b>Niveau de vie du ménage avec les ressources disponibles</b>          |                           |                    |
| Vit très difficilement  | 47,8 (9,8)                | 55,4 (11,5)        |
| Vit difficilement   | 47,9 (9,5)                | 54,8 (10,5)        |
| Vit assez difficilement   | 48,4 (9,5)                | 53,7 (10,2)        |
| Vit assez convenablement  | 49,9 (10,1)               | 49,3 (9,1)         |
| Vit convenablement  | 50,7 (9,9)                | 48,5 (9,3)         |
| Vit très convenablement   | 54,7 (10,2)               | 43,6 (8,6)         |
| <i>% variance expliquée</i>   | 2,5                       | 8,8                |

TABLEAU 1 (SUITE)

| Caractéristiques sociodémographiques                          | Score « esprit combatif » | Score « détresse » |
|---|---------------------------|--------------------|
| <b>Catégorie socioprofessionnelle (antérieure si inactif)</b> |                           |                    |
| Agriculteurs exploitants                                      | 46,7 (9,9)                | 51,7 (8,8)         |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprises                  | 49,4 (10,3)               | 49,4 (10,2)        |
| Cadres et professions intellectuelles supérieures             | 52,2 (9,8)                | 46,1 (8,7)         |
| Professions intermédiaires                                    | 51,2 (9,9)                | 48,1 (9,6)         |
| Employés  | 50,6 (9,7)                | 50,8 (9,9)         |
| Ouvriers  | 47,9 (9,9)                | 52,9 (10,2)        |
| N'ont jamais travaillé  | 50,0 (9,8)                | 51,6 (10,6)        |
| % variance expliquée  | 2,6                       | 5,0                |

Toutes les relations sont significatives à  $p < 0,001$ . Le pourcentage de variance expliquée est en gras lorsqu'il dépasse 1%.

Lecture • Une personne malade avec un score d'esprit combatif supérieur à la moyenne (50) a une « bonne adaptation positive ». Un score de détresse supérieur à la moyenne (50) signifie qu'elle a des « difficultés d'adaptation ». L'âge explique 5,6% de la variance du score « esprit combatif ». Les personnes âgées de 18 à 39 ans ont un score moyen « esprit combatif » de 54,7 et un score moyen « détresse » de 47,8.

Champ • Les personnes non concernées par une question sont exclues de l'analyse.

## L'ajustement mental varie selon la représentation que le malade se fait de son état de santé

L'ajustement au cancer apparaît peu déterminé par les caractéristiques de la maladie : aucun lien significatif n'apparaît entre les variables relatant, d'après le questionnaire médical, le pronostic de la maladie ou la gravité au moment de l'enquête et l'esprit combatif. La corrélation entre le pronostic et la détresse est significative, mais de faible amplitude (1,4 % de variance expliquée). Le lien entre la gravité et la détresse est un peu plus fort puisqu'il explique 1,9 % de la variance de celle-ci. Ce lien explique essentiellement celui que l'on observe entre les différentes localisations de cancer et la détresse.

En revanche, les liens avec la représentation personnelle que se fait le malade de son état de santé, qui n'est pas nécessairement identique aux caractéristiques relevées dans le questionnaire médical, sont particulièrement forts. L'esprit combatif varie selon les diverses représentations que le malade se fait de son état de santé : l'indicateur subjectif de l'état de la maladie (voir l'encadré méthodologique) explique 2,8 % de la variance de l'esprit combatif (tableau 2). En revanche, on n'observe pas de liens significatifs entre l'esprit combatif et le sentiment que la maladie ou les traitements ont laissé des séquelles.

La détresse semble quant à elle très fortement déterminée par les représentations que le malade se fait de son état de santé. L'indicateur subjectif de l'état de la maladie explique 14,7 % de la variance de la détresse : plus le malade considère son état comme proche de la guérison, moins forte est sa détresse. Celle-ci apparaît également influencée par le sentiment de conserver des séquelles de la maladie et des traitements (8,2% de la variance expliquée) : les malades qui ont cette perception ressentent une plus grande détresse que ceux qui estiment ne pas conserver de séquelles après la maladie. La détresse est également plus grande lorsqu'un malade estime être gêné par ces séquelles (7,1 % de la variance expliquée) et lorsqu'il considère que l'équipe médicale n'en tient pas compte (1,2%).

TABLEAU 2

### Relations entre l'ajustement mental au cancer et les relations avec le système de soins

| Perception de la maladie et des relations avec le système de soins   | Score « esprit combatif » | Score « détresse » |
|--|---------------------------|--------------------|
| <b>Stade d'évolution du cancer au moment de l'enquête (questionnaire médical)</b>                                      |                           |                    |
| Rémission complète   | 50,7 (9,9)                | 49,1 (9,9)         |
| Stable   | 49,5 (10,3)               | 50,4 (10,0)        |
| Évolutif   | 48,5 (9,3)                | 53,9 (9,9)         |
| % variance expliquée   | 0,6                       | 1,9                |
| <b>Indicateur subjectif de l'état de la maladie<sup>1</sup></b>  |                           |                    |
| 0  | 48,5 (9,6)                | 57,4 (11,0)        |
| 1  | 47,0 (9,3)                | 55,3 (9,7)         |
| 2  | 48,8 (10,6)               | 54,6 (9,8)         |
| 3  | 49,7 (9,4)                | 51,8 (9,9)         |
| 4  | 50,6 (10,0)               | 48,4 (9,3)         |
| 5  | 52,9 (10,4)               | 44,4 (8,5)         |
| % variance expliquée   | 2,8                       | 14,7               |
| <b>Séquelles ressenties</b>  |                           |                    |
| Oui beaucoup   | 49,0 (9,7)                | 54,3 (10,3)        |
| Oui un peu   | 50,7 (9,7)                | 49,1 (9,3)         |
| Non pas du tout  | 50,1 (10,7)               | 46,6 (9,3)         |
| % variance expliquée   | 0,5                       | 8,2                |
| <b>Gêne des séquelles</b>  |                           |                    |
| Assez à très gênantes  | 49,5 (9,6)                | 52,7 (10,1)        |
| Peu ou pas gênantes  | 51,4 (10,0)               | 46,9 (8,6)         |
| % variance expliquée   | 0,8                       | 7,1                |
| <b>Prise en compte des séquelles par l'équipe médicale</b>   |                           |                    |
| Oui, tout à fait   | 50,2 (9,8)                | 50,6 (9,8)         |
| Non pas suffisamment, pas vraiment, pas du tout  | 49,6 (9,4)                | 53,3 (10,3)        |
| % variance expliquée   | 0,1                       | 1,2                |
| <b>Consommation de psychotropes dans les trois derniers mois précédant l'enquête</b>                                   |                           |                    |
| Oui  | 48,3 (9,5)                | 54,3 (10,0)        |
| Non  | 51,0 (10,2)               | 48,7 (9,3)         |
| % variance expliquée   | 1,6                       | 9,6                |
| <b>Augmentation de la consommation de psychotropes depuis le diagnostic</b>  |                           |                    |
| Oui  | 50,3 (10,1)               | 48,7 (9,6)         |
| Non  | 48,9 (9,4)                | 55,3 (9,9)         |
| % variance expliquée   | 0,3                       | 6,7                |
| <b>Diagnostic annoncé de manière trop brutale</b>  |                           |                    |
| Oui  | 49,5 (9,9)                | 52,9 (10,6)        |
| Non  | 50,2 (10,0)               | 49,0 (9,6)         |
| % variance expliquée   | 0,1                       | 2,8                |
| <b>Score d'insuffisance dans l'assimilation de l'information lors des échanges avec l'équipe soignante<sup>1</sup></b> |                           |                    |
| 0  | 52,3 (10,3)               | 45,8 (8,9)         |
| 1  | 50,6 (9,9)                | 48,7 (9,2)         |
| 2  | 49,6 (9,5)                | 50,9 (9,7)         |
| 3  | 48,8 (9,8)                | 52,4 (9,7)         |
| 4  | 46,9 (9,2)                | 56,1 (9,5)         |
| % variance expliquée   | 3,5                       | 13,0               |
| <b>Score d'insuffisance dans la réception de l'information lors des échanges avec l'équipe soignante<sup>1</sup></b>   |                           |                    |
| 0  | 50,9 (10,1)               | 48,2 (9,6)         |
| 1  | 48,8 (9,9)                | 51,8 (9,9)         |
| 2  | 48,9 (9,3)                | 54,5 (10,1)        |
| % variance expliquée   | 1,1                       | 5,1                |

TABLEAU 2 (SUITE)

| Perception de la maladie et des relations avec le système de soins                        | Score « esprit combatif » | Score « détresse » |
|---|---------------------------|--------------------|
| <b>Information détenue sur la maladie au moment de l'enquête</b>                          |                           |                    |
| Tout à fait suffisante  | 51,3 (10,5)               | 47,0 (9,4)         |
| Plutôt suffisante   | 49,5 (9,6)                | 50,5 (9,5)         |
| Plutôt insuffisante   | 48,5 (9,3)                | 55,4 (10,1)        |
| Très insuffisante   | 47,6 (9,3)                | 56,2 (10,4)        |
| % variance expliquée  | <b>1,2</b>                | <b>8,0</b>         |
| <b>A bénéficié d'un soutien psychologique par un professionnel au moment de l'enquête</b> |                           |                    |
| Non mais aurait souhaité en bénéficier  | 49,1 (9,1)                | 57,4 (9,9)         |
| Oui ou non et n'en aurait pas souhaité  | 50,2 (10,1)               | 48,8 (9,5)         |
| % variance expliquée  | <b>0,1</b>                | <b>6,9</b>         |
| <b>Satisfaction vis-à-vis du suivi médical</b>  |                           |                    |
| Tout à fait satisfait   | 50,7 (10,2)               | 48,8 (9,9)         |
| Plutôt satisfait  | 48,7 (9,0)                | 52,3 (9,6)         |
| Pas vraiment satisfait  | 48,3 (9,9)                | 54,7 (9,6)         |
| Pas du tout satisfait   | 46,2 (13,1)               | 57,4 (12,6)        |
| % variance expliquée  | <b>1,0</b>                | <b>3,8</b>         |
| <b>Satisfaction vis-à-vis de la fréquence de suivi médical</b>                            |                           |                    |
| Souhaiterait voir le médecin plus souvent   | 48,2 (9,7)                | 56,2 (10,4)        |
| Souhaiterait voir le médecin de façon identique   | 50,3 (10,0)               | 51,1 (10,5)        |
| Souhaiterait voir le médecin moins souvent  | 49,1 (10,1)               | 51,1 (10,5)        |
| % variance expliquée  | <b>0,4</b>                | <b>3,7</b>         |
| <b>A été en contact avec une association de malades depuis le diagnostic</b>              |                           |                    |
| Oui   | 49,9 (9,8)                | 54,2 (10,9)        |
| Non   | 50,1 (10,0)               | 49,5 (9,8)         |
| % variance expliquée  | <b>0,0</b>                | <b>2,0</b>         |
| <b>Recours à des services de maintien à domicile depuis le début de la maladie</b>        |                           |                    |
| Oui   | 48,9 (9,6)                | 53,0 (10,1)        |
| Non   | 50,2 (10,1)               | 49,5 (9,9)         |
| % variance expliquée  | <b>0,2</b>                | <b>1,5</b>         |

1. Voir l'encadré méthodologique.

Toutes les relations sont significatives à  $p < 0,001$ . Le pourcentage de variance expliquée est en gras lorsqu'il dépasse 1%.

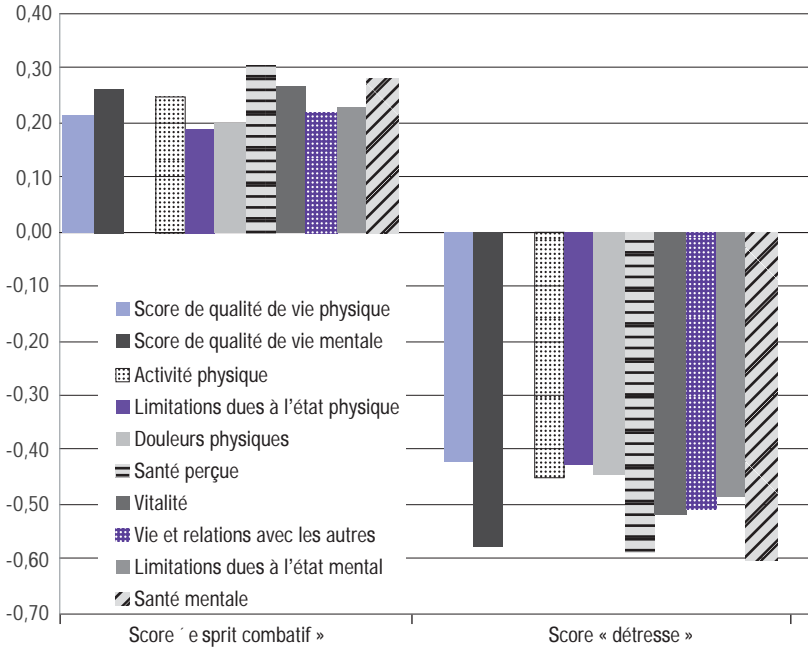
**Lecture** • Une personne malade avec un score d'esprit combatif supérieur à la moyenne (50) a une « bonne adaptation positive ». Un score de détresse supérieur à la moyenne (50) signifie qu'elle a des « difficultés d'adaptation ». La représentation que le malade se fait de son état de santé (« indicateur subjectif de l'état de la maladie ») explique 2,8 % de la variance du score « esprit combatif ». Les personnes qui ont ressenties beaucoup de séquelles ont un score moyen « esprit combatif » de 49,0 et un score moyen « détresse » de 54,3.

**Champ** • Les personnes non concernées par une question sont exclues de l'analyse.

La détresse est aussi associée à la prise de psychotropes (antidépresseurs, tranquillisants ou somnifères) au cours des trois derniers mois, qui explique 9,6 % de la détresse, et à la prise de ces mêmes médicaments depuis le début de la maladie, qui explique 6,7 % de la variance. Il est fort probable que, pour beaucoup de malades, la détresse persiste depuis la découverte de la maladie jusqu'au moment de l'enquête et que celle-ci était traitée par les médecins au moyen de psychotropes. Mais seule une étude longitudinale permettrait de vérifier cette interprétation.

Enfin, il existe une forte corrélation entre la santé perçue, mesurée par le SF-36 [Lepège *et al.*, 1998] et l'ajustement au cancer (graphique 1), qui s'explique pour partie par la similitude de plusieurs questions des deux instruments de mesure. Plus la santé perçue physique et psychique sont bonnes, meilleur est l'esprit combatif et moins grande est la détresse.

GRAPHIQUE 1

**Corrélations entre qualité de vie et ajustement mental au cancer<sup>1</sup>**

1. Toutes les corrélations sont significatives à  $p < 0,01$ .

## L'ajustement mental apparaît lié à la prise en charge médicale et psychologique

La qualité de la relation avec l'équipe soignante apparaît fortement liée à l'ajustement. L'esprit combattif est associé au sentiment d'avoir reçu une information suffisante au cours des traitements. La variable synthétique d'insuffisance d'information explique 1,1 % de la variance de l'esprit combattif (tableau 2), lequel est plus élevé lorsque les malades considèrent que les médecins ont pris assez de temps pour répondre à leurs questions et qu'ils ont reçu une information suffisante sur leur maladie et leurs traitements. La variable synthétique sur l'assimilation de l'information explique pour sa part 3,5 % de la variance de l'esprit combattif, lequel est plus faible lorsque les malades estiment avoir été incapables de poser des questions voire n'ont pas su comment poser les questions, lorsqu'ils considèrent avoir reçu trop d'informations ou lorsqu'ils jugent que les informations médicales étaient trop compliquées.

La détresse augmente de façon notable avec le sentiment d'avoir reçu une information insuffisante : l'indicateur d'insuffisance d'information explique 5,1 % de la variance de la détresse. Cependant, la détresse est davantage liée à l'insuffisance d'assimilation de l'information reçue au cours du traitement (13 % de la variance expliquée) : ceux qui ont le mieux assimilé l'information ont un score moyen de détresse nettement plus faible (10 points de moins) que ceux qui ne l'ont pas du tout assimilée. Le constat est similaire si l'on s'intéresse au jugement sur l'information disponible sur la maladie au moment de l'enquête.

Lorsque les malades ne bénéficient pas au moment de l'enquête d'un soutien psychologique alors qu'ils l'auraient souhaité, ils éprouvent une plus grande détresse (6,9% de la variance expliquée).

Lorsque les malades ne sont pas du tout satisfaits de leur suivi médical, leur détresse s'accroît (3,8% de la variance expliquée) et leur esprit combatif diminue (1,0%). D'ailleurs, la détresse est plus grande lorsque les malades éprouvent le souhait de voir leur médecin plus souvent qu'actuellement (3,7%) ou veulent bénéficier d'un soutien psychologique par un professionnel (6,9%).

La détresse apparaît également associée au recours aux services et organismes d'assistance spécialisés, ainsi qu'aux contacts avec les associations de malades. Les malades ayant eu des contacts avec ces associations expriment une plus forte détresse que ceux qui n'en n'ont pas (2,0% de la variance expliquée), tout comme ceux qui ont eu recours à des services de maintien et d'aide à domicile (1,5%). Une plus grande détresse, éprouvée par ces malades, les conduit probablement à chercher de l'aide.

### La vie sociale et familiale favorise l'esprit combatif

L'ajustement mental à la maladie est associé au soutien affectif et moral (tableau 3) : manquer de soutien affectif et moral de la part des amis, des membres de la famille ou des professionnels de la santé ou de l'aide sociale au cours des douze derniers mois a tendance à favoriser la détresse (respectivement 2,2%, 1,5% et 1,1% de la variance expliquée) et à diminuer l'esprit combatif (2,5%, 1,2% et 0,7%).

En revanche, le soutien accordé dans les actes courants de la vie quotidienne par les membres de la famille, les amis, les associations ou d'autres personnes n'influence guère l'ajustement au cancer. Lorsque les malades estiment de ne pas recevoir assez de soutien matériel de la part des professionnels de l'aide sociale, leur détresse est plus élevée (1,1%). En ce qui concerne le conjoint, le niveau d'aide, qu'elle soit matérielle ou morale, n'est pas lié à l'ajustement à la maladie. Cependant, la détérioration de la vie de couple depuis le début de la maladie est liée à la détresse (3,1% de la variance expliquée) : les personnes qui ont vu cette relation se dégrader éprouvent une plus grande détresse que les autres.

Lorsque la fréquence des activités culturelles et artistiques, sportives, ou associatives, des voyages, ou de la pratique religieuse ou la vie spirituelle a diminué du fait de la maladie, la détresse augmente. Pour l'esprit combatif, seul un lien avec la fréquence des voyages a été relevé : ceux qui ont diminué cette fréquence du fait de la maladie ont un moins bon indice d'esprit combatif que la moyenne et ceux qui l'ont augmenté en ont un meilleur. Ces résultats confirment en partie ceux d'une étude [Schou *et al.*, 2005], selon laquelle les optimistes (lien avec l'esprit combatif) maintiennent leurs activités sociales et de loisirs car ils espèrent un devenir positif, tandis que les pessimistes (lien avec l'impuissance-désespoir) les abandonnent, recherchant moins activement le soutien.

Les attitudes de rejet ou de discrimination dans l'entourage affectent la détresse des malades, mais pas l'esprit combatif : elles expliquent 2,5% de la détresse, principalement lorsqu'elles proviennent des membres de la famille (2,0%).

L'ajustement au cancer ne présente pas de liens étroits avec le fait de vivre en couple, au moment de l'enquête ou de l'apparition de la maladie. Cependant, une diminution de la fréquence des rapports sexuels ou une détérioration de cette relation depuis la maladie s'accompagnent d'une augmentation de la détresse (respectivement 5,3% et 3,1%) et d'une diminution de l'esprit combatif (respectivement 5,5% et 1,0%).

Les personnes qui pensent que la maladie a des conséquences négatives sur leur vie sexuelle expriment une plus grande détresse que les autres (4,7%). En général, les relations entre fertilité, parentalité et ajustement au cancer ne sont pas significatives ou non importantes.

TABLEAU 3

## Relations entre l'ajustement mental au cancer et la vie sociale et privée

| Vie sociale et vie privée  | Score «esprit combatif» | Score «détresse» |
|--|-------------------------|------------------|
| <b>Soutien affectif et moral de la part des amis</b>   |                         |                  |
| Oui beaucoup   | 51,1 (9,9)              | 49,0 (9,7)       |
| Oui un peu   | 48,3 (9,5)              | 51,7 (9,9)       |
| Non pas assez  | 48,7 (10,0)             | 54,1 (9,9)       |
| Non pas du tout  | 46,6 (10,3)             | 52,3 (11,0)      |
| % variance expliquée   | 2,5                     | 2,2              |
| <b>Soutien affectif et moral de la part des membres de la famille</b>  |                         |                  |
| Oui beaucoup   | 50,6 (10,0)             | 49,5 (10,1)      |
| Oui un peu   | 47,9 (9,4)              | 51,1 (9,3)       |
| Non pas assez  | 48,6 (9,1)              | 55,6 (10,3)      |
| Non pas du tout  | 47,3 (10,7)             | (52,3 (10,6)     |
| % variance expliquée   | 1,2                     | 1,5              |
| <b>Soutien affectif et moral de la part des professionnels de la santé ou de l'aide sociale</b>                                  |                         |                  |
| Oui beaucoup   | 51,6 (9,8)              | 48,7 (9,6)       |
| Oui un peu   | 49,9 (9,6)              | 50,6 (9,8)       |
| Non pas assez  | 48,5 (8,7)              | 56,0 (9,9)       |
| Non pas du tout  | 49,6 (10,2)             | 50,1 (10,1)      |
| % variance expliquée   | 0,7                     | 1,1              |
| <b>Soutien matériel de la part des professionnels de l'aide sociale</b>  |                         |                  |
| Oui beaucoup   | 48,1 (10,1)             | 53,2 (10,7)      |
| Oui un peu   | 48,1 (10,0)             | 53,1 (10,1)      |
| Non pas assez  | 48,0 (7,3)              | 56,0 (8,4)       |
| Non pas du tout  | 50,2 (10,0)             | 49,7 (9,9)       |
| % variance expliquée   | 0,3                     | 1,1              |
| <b>Évolution de la relation de couple depuis le diagnostic</b>   |                         |                  |
| Relation de couple renforcée   | 51,6 (9,8)              | 49,2 (10,0)      |
| Relation de couple identique   | 49,7 (10,1)             | 49,1 (9,4)       |
| Relation de couple détériorée  | 48,6 (9,1)              | 55,7 (10,2)      |
| % variance expliquée   | 1,0                     | 3,1              |
| <b>A été l'objet de rejet ou de discrimination directement lié à la maladie de la part de l'entourage (y compris la famille)</b> |                         |                  |
| Oui souvent  | 51,0 (11,5)             | 56,6 (11,3)      |
| Oui quelque fois   | 50,7 (9,7)              | 54,4 (10,6)      |
| Non jamais   | 50,0 (10,0)             | 49,5 (9,8)       |
| % variance expliquée   | 0,1                     | 2,5              |
| <b>A été l'objet de rejet ou de discrimination directement lié à la maladie de la part de la famille</b>                         |                         |                  |
| Oui  | 49,2 (10,5)             | 56,8 (11,2)      |
| Non  | 51,6 (9,8)              | 53,7 (10,4)      |
| % variance expliquée   | 1,3                     | 2,0              |
| <b>Activité sexuelle</b>   |                         |                  |
| Régulière  | 54,5 (10,4)             | 45,2 (8,9)       |
| Occasionnelle  | 51,2 (9,6)              | 49,2 (9,6)       |
| Nulle  | 47,8 (9,6)              | 52,0 (10,1)      |
| % variance expliquée   | 5,5                     | 5,3              |

TABLEAU 3 (SUITE)

| Vie sociale et vie privée                                       | Score « esprit combatif » | Score « détresse » |
|---|---------------------------|--------------------|
| <b>Évolution de la relation de couple depuis le diagnostic</b>  |                           |                    |
| Relation de couple renforcée                                    | 51,6 (9,8)                | 59,2 (10,0)        |
| Relation de couple identique                                    | 49,7 (10,1)               | 49,1 (9,4)         |
| Relation de couple détériorée                                   | 48,6 (9,1)                | 55,7 (10,2)        |
| <i>% variance expliquée</i>                                     | <b>1,0</b>                | <b>3,1</b>         |
| <b>Conséquences négatives de la maladie sur la vie sexuelle</b> |                           |                    |
| Beaucoup  | 48,9 (9,5)                | 52,8 (10,2)        |
| Un peu  | 50,5 (9,8)                | 49,4 (9,3)         |
| Pas du tout   | 50,7 (10,5)               | 47,9 (9,7)         |
| <i>% variance expliquée</i>                                     | <b>0,6</b>                | <b>4,7</b>         |
| <b>Modification des pratiques du fait de la maladie</b>         |                           |                    |
| <b>Activités culturelles et artistiques</b>                     |                           |                    |
| Augmentation de la fréquence d'activité                         | 52,0 (9,8)                | 48,5 (9,3)         |
| Diminution de la fréquence d'activité                           | 48,4 (9,8)                | 53,7 (9,9)         |
| Pas de modification   | 50,2 (10,0)               | 49,2 (9,9)         |
| <i>% variance expliquée</i>                                     | <b>0,8</b>                | <b>3,2</b>         |
| <b>Activités sportives</b>                                      |                           |                    |
| Augmentation de la fréquence d'activité                         | 53,3 (10,0)               | 46,1 (8,5)         |
| Diminution de la fréquence d'activité                           | 50,4 (9,6)                | 51,4 (9,7)         |
| Pas de modification   | 49,5 (10,2)               | 49,4 (10,2)        |
| <i>% variance expliquée</i>                                     | <b>0,8</b>                | <b>1,7</b>         |
| <b>Voyages</b>  |                           |                    |
| Augmentation de la fréquence d'activité                         | 52,6 (9,7)                | 46,9 (8,2)         |
| Diminution de la fréquence d'activité                           | 48,5 (9,4)                | 53,0 (9,6)         |
| Pas de modification   | 50,5 (10,2)               | 48,8 (10,1)        |
| <i>% variance expliquée</i>                                     | <b>1,4</b>                | <b>4,3</b>         |
| <b>Bénévolat dans une association</b>                           |                           |                    |
| Augmentation de la fréquence d'activité                         | 52,6 (9,1)                | 48,1 (9,1)         |
| Diminution de la fréquence d'activité                           | 49,0 (9,7)                | 52,7 (9,7)         |
| Pas de modification   | 50,1 (10,1)               | 49,6 (10,0)        |
| <i>% variance expliquée</i>                                     | <b>0,4</b>                | <b>1,2</b>         |
| <b>Pratique religieuse et vie spirituelle</b>                   |                           |                    |
| Augmentation de la fréquence d'activité                         | 50,4 (9,0)                | 51,5 (10,5)        |
| Diminution de la fréquence d'activité                           | 47,9 (9,6)                | 55,1 (9,6)         |
| Pas de modification   | 50,1 (10,1)               | 49,5 (9,9)         |
| <i>% variance expliquée</i>                                     | <b>0,3</b>                | <b>1,9</b>         |

(1) Voir l'encadré méthodologique.

Toutes les relations sont significatives à  $p < 0,001$ . Le pourcentage de variance expliquée est en gras lorsqu'il dépasse 1%.

Lecture • Une personne malade avec un score d'esprit combatif supérieur à la moyenne (50) a une « bonne adaptation positive ». Un score de détresse supérieur à la moyenne (50) signifie qu'elle a des « difficultés d'adaptation ». La fréquence de l'activité sexuelle explique 5,5% de la variance du score « esprit combatif ». Les personnes déclarant une activité sexuelle régulière ont un score moyen « esprit combatif » de 54,5 et un score moyen « détresse » de 45,2.

Champ • Les personnes non concernées par une question sont exclues de l'analyse.

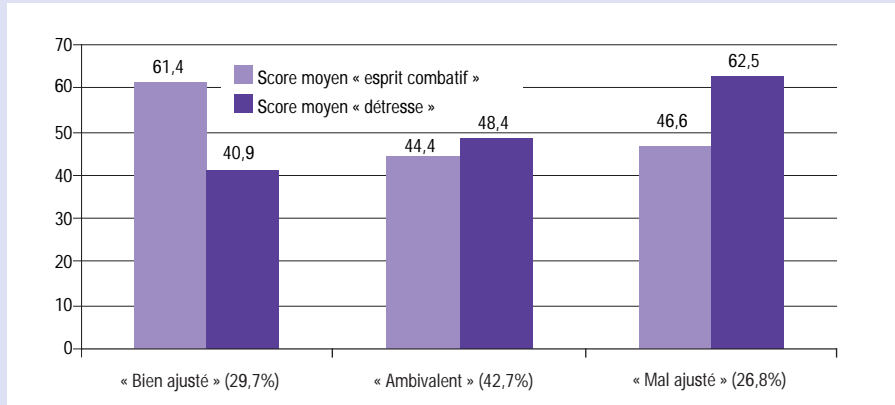
## ENCADRÉ 3

**Trois profils types d'ajustement**

Une analyse typologique nous a permis de dégager trois groupes.

- Les malades du premier groupe, qui constituent 30% de la population, sont « bien ajustés » face au cancer. La moyenne de leur score d'esprit combatif est élevée (61,4) et dépasse la moyenne de plus d'un écart type, alors que le score moyen de la détresse (40,9) est bas et se situe à moins d'un écart type de la moyenne.
- Les malades du second groupe se caractérisent par des moyennes qui se situent légèrement en dessous de la moyenne de la population : 44,4 pour l'esprit combatif et 48,4 pour la détresse. Leur profil d'ajustement au cancer est « ambivalent ». Comparé aux deux autres groupes, c'est celui qui contient le plus grand nombre de personnes (43%).
- Les membres du troisième groupe, qui représentent 27% de l'échantillon total, sont « mal ajustés »<sup>1</sup> face au cancer. La détresse moyenne est grande (62,5) et dépasse la moyenne de plus d'un écart type, alors que l'esprit combatif moyen (46,6) se situe légèrement en dessous de la moyenne. C'est dans ce groupe que les personnes éprouvent la plus grande détresse.

Le fait d'appartenir à un groupe typologique à un moment donné ne préjuge en rien de la pérennité de cette classification, les styles d'ajustement pouvant varier au cours du temps. L'étude de tels changements nécessite des informations longitudinales qui ne sont pas disponibles dans le cadre de cette étude.



Le sujet « bien ajusté » est plutôt jeune, souvent de sexe féminin, avec un statut social élevé et une bonne éducation scolaire. Il juge ses ressources financières satisfaisantes. Souvent, il exerce une profession au moment de l'enquête et ne se sent pas pénalisé dans son emploi par la maladie. Il vit sa maladie d'une façon positive et s'estime souvent être guéri. S'il se fait suivre médicalement d'une façon régulière, il est satisfait du suivi. Il n'est cependant pas excessivement « dépendant » du système de soins : consulter le médecin d'une façon annuelle lui semble préférable à une consultation mensuelle ; beaucoup n'ont pas souhaité un suivi psychologique au début de leur maladie ; beaucoup ne souhaitent pas avoir, au moment de l'enquête, un suivi psychologique. Il estime que sa qualité de vie est bonne, se sent soutenu par son réseau social aussi bien du point de vue affectif et moral que dans les actes de la vie quotidienne et ne désire pas prendre des antidépresseurs ou autres psychotropes.

Pour beaucoup de caractéristiques, le sujet « ambivalent » ne se différencie guère de celles de l'ensemble de l'échantillon, à l'exception du sexe, les hommes étant surreprésentés. Il ne se distingue guère par des variables relevant du statut social. En revanche, il se singularise par les variables propres au cycle de vie : la personne présentant ce profil est plus souvent âgée, n'a pas de jeunes enfants voire est à la retraite.

Elle n'éprouve pas de séquelles de sa maladie et ne consomme pas plus fréquemment des antidépresseurs. Dans son ensemble, elle juge sa qualité de vie assez satisfaisante. Elle estime avoir reçu suffisamment d'informations sur sa maladie. Elle ne souhaiterait pas changer la fréquence de son suivi médical. Son revenu mensuel n'a pas évolué depuis le diagnostic de sa maladie.

Le sujet « mal ajusté » rencontre des difficultés sociales : il a un faible niveau d'études, des revenus très bas, souvent associés à un statut d'ouvrier. Il estime vivre difficilement avec ses revenus et attribue la diminution de ses revenus à sa maladie, tout comme la diminution de ses aptitudes à bien faire son travail. Selon lui, son état de santé est très mauvais et il ne se sent pas guéri. Il ressent des séquelles gênantes à la suite de sa maladie et estime que sa qualité de vie s'est détériorée. Il ne se sent pas suffisamment suivi du point de vue médical, bien qu'il consulte son médecin mensuellement. Il estime avoir été mal informé sur sa maladie et ce manque d'information existe encore au moment de l'enquête. Il est plutôt ou pas du tout satisfait de ce suivi. Il est suivi psychologiquement ou aimerait bénéficier d'un soutien psychologique dispensé par un professionnel. Il ne se sent pas suffisamment soutenu par ses proches. Sa relation de couple a été perturbée par la maladie et il insiste sur les conséquences négatives de la maladie sur sa vie sexuelle. Il a aussi modifié ses pratiques sociales depuis le début de la maladie.

1. Les étiquettes attribuées aux trois groupes sont illustratives. Pour qu'une stratégie d'ajustement soit reconnue comme « bonne » ou « mauvaise », il faut évidemment prendre en compte les circonstances, les moments, le contexte dans lesquels elle vit, ce que ne permet pas l'enquête. Ainsi, l'annonce brutale et inattendue d'un cancer peut provoquer une grande détresse et réduire fortement l'esprit combatif chez un malade. Le profil « mal ajusté » qui en résulte peut très bien être considéré par le clinicien comme relevant d'une adaptation réaliste conduisant à une prise de conscience utile et à des apprentissages permettant de réaliser plus tard une bonne adaptation.

## Conclusion

Cette étude montre que le malade présentant un esprit combatif anticipe et valorise son avenir et souhaite s'engager dans des activités constructives, que ce soit sur le plan familial ou professionnel. En effet, l'esprit combatif semble nettement associé au cycle de vie : dans l'ensemble, les jeunes apparaissent plus combattifs que les personnes âgées ; on observe également des liens étroits entre l'esprit combatif et le fait d'avoir des enfants à charge, d'avoir des relations sexuelles fréquentes. L'esprit combatif est aussi lié au statut social du ménage : meilleurs seront le niveau d'études et le revenu, plus élevé sera l'esprit combatif. En général, les ressources en matière d'emploi, être cadre ou avoir une profession intermédiaire vont de pair avec un fort esprit combatif.

La détresse est davantage liée au statut social, mesuré par le niveau d'études, le revenu monétaire et le sentiment d'avoir un revenu suffisant pour vivre convenablement, tout comme les catégories socioprofessionnelles et la situation de la personne par rapport à l'emploi.

Un troisième réseau de relations relève de la subjectivité de l'individu : il s'agit de toutes les variables qui sollicitent une représentation subjective du malade, comme la satisfaction à l'égard du suivi médical et de l'information reçue concernant la maladie, la représentation que le malade se fait de son état de santé, le sentiment d'avoir bénéficié ou non d'un soutien affectif et social, la qualité de vie. Le réseau de relations pourrait dépendre de variables propres à la personnalité, mais également de caractéristiques sociales.

Ces résultats corroborent les hypothèses formulées au début de cet article. Cependant, seules des études longitudinales ou expérimentales permettraient d'expliquer les dépendances et les interactions explicatives. L'ajustement au cancer est à concevoir comme un concept intermédiaire : il est certes explicable à partir de variables indépendantes comme les variables sociales et démographiques, mais il peut par ailleurs aussi servir à expliquer d'autres concepts, comme la qualité de vie.

Les lignes de force qui déterminent l'appartenance des personnes à tel ou tel profil d'ajustement sont multiples. Les différences entre sujets bien ajustés et mal ajustés semblent tenir avant tout aux inégalités sociales : elles semblent davantage liées à l'âge et à la position des malades quant au cycle de vie. Si le statut social du premier groupe est plus favorable et celui du troisième groupe plus défavorable, le second groupe (les « ambivalents ») occupe une position intermédiaire correspondant à peu près aux caractéristiques de l'échantillon total, et se distingue essentiellement par l'âge avancé.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANAES, 2000, *Suivi des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastaté*, EDK, Paris.
- Anagnostopoulos F., Kolokotroni P., Spanea E., Chrysochoou M., 2006, « The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: construct validation with a Greek sample of breast cancer patients », *Psycho-Oncology*, 1, 79-89.
- Akechi T., Okamura H., Yamawaki S. et Uchitomi Y., 1998, « Predictors of patients' mental adjustment to cancer: Patient characteristics and social support », *British Journal of Cancer*, 77, 2381-2385.
- Cayrou S. et Dickes P., 2002, *Manuel de validation de la version française de la Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale*. Disponible auprès des auteurs.
- Cayrou S., Dickes P., Gauvain-Piquard A., Rogé B., 2003, « The Mental Adjustment to Cancer (MAC), French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions », *Psycho-Oncology*, 12, 8-23.
- Classen C., Koopman C., Angell K. et Spiegel D., 1996, « Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer », *Health Psychology*, 15, 434-437.
- Ferrero J., Barreto M.-P. et Toledo M., 1994, « Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study », *Psycho-Oncology*, 3, 223-232.
- Fujimori M., Parker P.A., Akechi T., Sakano Y., Baile W.F., Uchitomi Y., 2007, « Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news », *Psycho-Oncology*, 7, 617-25.
- Grassi L., Rosti G., Lasalvia A. et Marangolo M., 1993, « Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer », *Psycho-Oncology*, 1, 11-20.
- Greer S., Moorey S., Watson M., 1989, « Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale vs clinical ratings », *Journal of Psychosomatic Research*, 3, 373-377.
- Holland J. C., Benedetti C., Breitbart W. et NCCN Panel Members, 1999, « NCCN Practice guidelines for the management of psychosocial distress », *Oncology-NCCN Proceedings*, 13(5A), 113-147.
- Holland J. C. et Rowland J. H., 1989, « Handbook of Psycho-Oncology », *Psychological Care of the Patient with Cancer*, Oxford University Press, New York.
- Kornblith A. B., 1998, « Psychosocial adaptation of cancer survivors », in Holland J.-C., *Psycho-oncology*, Oxford University Press, New York, p. 223-241.
- Lazarus R. et Folkman S., 1984, *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New-York.
- Leplège A., Ecosse E., Verdier A. et Perneger T. V., 1998, « The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation », *Journal of Clinical Epidemiology*, 11, 1013-1023.

- McDaniel J. S., Musselman D. L., Porter M. R., Reed D. A. et Nemeroff C. B., 1995, « Dépression et cancer. Diagnostic, biologie et traitement », *JAMA*, 20(328), 25-29.
- Mystakidou K., Watson M., Tsilika E., Parpa E., Primikiri A., Katsouda E., Vlahos L., 2005, « Psychometric analyses of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale in a Greek palliative care unit », *Psycho-Oncology*, 1, 16-24.
- Nordin K., Glimelius G., 1998, « Reactions to gastrointestinal cancer-variations of mental adjustment and emotional well-being with time in patients with different prognosis », *Psycho-Oncology*, 7, 413-423.
- Schnoll R. A., Harlow L. L., Stolbach L. L. et Brandt U., 1998, « A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer », *Psycho-Oncology*, 7: 69-77.
- Schou I., Ekeberg O., Ruland C. M., 2005, « The mediating role of appraisal and coping in the relationship... between optimism-pessimism and quality of life », *Psycho-Oncology*, 7, 18-727.
- Van't Spijker A., Trisjborg R. W. et Duivenvoorden H. J., 1997, « Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980 », *Psychosomatic Medicine*, 59, 280-293.
- Wasteson E., Glimelius B., Sjoden P. O., Nordin K., 2006, « Comparison of a questionnaire commonly used for measuring coping with a daily-basis prospective coping measure », *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 813-20.
- Watson M., Greer S. et Bliss J., 1989, *Mental Adjustment to Cancer Scale: User's Manual*, The Royal Marsden Hospital, Sutton, Surrey.

# Le recours à un soutien psychologique par un professionnel

---

Marie Préau, Anne-Déborah Bouhnik et Anne-Gaëlle Le Corroller-Soriano

Les associations de patients atteints de cancer revendiquent la nécessité d'accéder à un soutien psychologique. Mais combien de personnes bénéficient réellement de ce type de soutien ou bien souhaiteraient en bénéficier lors des différentes phases de la maladie ?

Au moment du diagnostic en 2002, 11 % des personnes interrogées ont déclaré avoir reçu un soutien psychologique auprès d'un professionnel et 18 % auraient souhaité en recevoir un.

Les personnes qui ont eu recours à un soutien psychologique et celles qui auraient souhaité y avoir recours étaient plus fréquemment des femmes, des personnes âgées de moins de 70 ans, ainsi que des patients déplorant une annonce brutale du diagnostic. Les personnes atteintes d'un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS)-poumon et celles ayant une hémopathie maligne, ainsi que les personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat ont quant à elles plus souvent reçu un soutien psychologique.

Deux ans après le diagnostic, 5,6 % des personnes interrogées bénéficient d'un soutien psychologique et 9,3 % souhaiteraient en bénéficier. Celles qui recourent à un soutien psychologique, ou bien qui souhaiteraient en bénéficier sont les personnes les plus insatisfaites vis-à-vis des informations reçues durant le traitement, celles qui ont augmenté leur consommation de psychotropes et celles qui ont fait l'objet de rejet ou de discrimination du fait de la maladie.

Les personnes qui reçoivent le soutien psychologique d'un professionnel sont plus fréquemment des femmes, des personnes ayant un haut niveau d'études, des personnes actives, des personnes dont la maladie est évolutive au moment de l'enquête et des personnes ayant des contacts avec des associations de malades.

Les personnes qui souhaiteraient recevoir un soutien psychologique au moment de l'enquête, sans toutefois en bénéficier, se caractérisent par un âge plus jeune (moins de 55 ans), l'absence d'un partenaire, le traitement par radiothérapie et des séquelles très gênantes.

À la suite des premiers états généraux du cancer en 1998, il est clairement apparu que les patients, les familles ainsi que les soignants souhaitaient fréquemment bénéficier d'un soutien psychologique, mais que ce besoin n'était pas satisfait [Poulin *et al.*, 2005]. Comme le confirment les associations de malades, les demandes de prise en charge psychologique par les personnes atteintes de cancer sont de plus en plus nombreuses. Au-delà d'une aide permettant de traverser les différentes phases de la maladie, la prise en charge psychologique peut également aider les personnes malades à s'approprier la maladie afin de leur permettre de devenir des acteurs du processus thérapeutique. Progressivement, la personne parvient à intégrer mentalement son cancer à son histoire personnelle. Ce temps d'élaboration psychique, qui permet d'accepter le diagnostic et de vivre avec le trouble, témoigne du « travail de la maladie » [Poulin *et al.*, 2005].

Par ailleurs, la confrontation à la maladie cancéreuse a de nombreuses répercussions sur l'ensemble de la cellule familiale. Lorsqu'un proche est atteint de cancer, ce n'est pas sans conséquences sur le conjoint ou les enfants ; de même, le fait que son enfant ait un cancer est une épreuve difficile pour les parents mais aussi pour la fratrie qui n'a pas toujours l'occasion d'exprimer ses souffrances psychiques. Pour toutes ces raisons, qu'il s'agisse de la personne ou de son entourage, le soutien psychologique est un processus important dont la démarche doit être facilitée chaque fois qu'une maladie cancéreuse se déclare.

Ainsi, le dispositif d'annonce du diagnostic de cancer mis en place par le plan Cancer prévoit un temps de discussion et d'échange lors de l'annonce du cancer. Cet échange est constitué d'un temps médical, d'un temps d'accompagnement de la part de l'équipe soignante, d'un temps de soutien et d'un temps d'articulation avec la médecine de ville<sup>1</sup>. Malgré les diverses actions mises en œuvre depuis le début des années 2000, avant ce dispositif d'annonce [Poulin *et al.*, 2005], notre enquête montre qu'en 2004, 69 % des personnes atteintes d'un cancer dont le diagnostic a été établi deux ans auparavant n'ont pas eu accès à un soutien psychologique ou bien n'ont pas souhaité en bénéficier aussi bien au moment du diagnostic que deux ans après. Les données recueillies nous ont également permis de déterminer qui sont les personnes ayant bénéficié de ce soutien et qui sont celles qui auraient souhaité en bénéficier (voir l'encadré méthodologique).

### **Deux tiers des personnes interrogées n'ont pas souhaité recourir à un soutien psychologique pendant les deux ans suivant le diagnostic**

Le croisement entre le recours au soutien psychologique au moment du diagnostic et ce même recours deux ans plus tard montre que 68 % des personnes n'ont pas bénéficié et n'auraient pas souhaité bénéficier d'un soutien psychologique, que ce soit au moment du diagnostic ou au moment de l'enquête (tableau 1). Deux tiers des personnes interrogées n'ont donc pas souhaité recevoir le soutien d'un professionnel afin de les aider psychologiquement au cours de leur parcours thérapeutique, que ce soit au moment du diagnostic ou au moment de l'enquête. Ce constat va à l'encontre des revendications de nombreuses personnes, ainsi que des résultats mis en évidence dans la littérature, notamment auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein [Lindop et Cannon, 2001]. En effet, il a été montré que le soutien psychologique peut représenter une aide pour affronter les angoisses liées aux traitements, à la douleur ou à la peur de la mort, mais

---

1. La mise en place de ce dispositif est postérieure au recueil de données.

peut aussi apporter une aide plus pragmatique quant à la réorganisation du fonctionnement familial ou professionnel, en s'appuyant par exemple sur les technologies innovantes [Owen *et al.*, 2004]. Aussi, afin de mieux comprendre les résultats présentés, il serait important d'appréhender la représentation que se font les personnes du soutien psychologique et plus encore la représentation de l'impact du recours au soutien psychologique d'un professionnel sur l'image de soi et de sa santé mentale. En effet, on peut supposer que ce choix est motivé par diverses raisons: il peut certes s'agir d'un choix « en toute connaissance de cause », mais aussi d'un déni de l'impact psychologique de la pathologie ou encore d'une méconnaissance des bénéfices apportés par un accompagnement psychologique face à la survenue d'une maladie somatique grave.

TABLEAU I

### Recours et besoin de recours psychologique au moment du diagnostic et deux ans après

|                         |   | Deux ans après le diagnostic            |  |   | Total        |
|-------------------------|---|---|--|---|--------------|
|                         |   | A eu recours à un soutien psychologique | N'a pas eu recours à un soutien psychologique mais l'aurait souhaité | N'a pas eu recours à un soutien psychologique et ne l'aurait pas souhaité |              |
| Au moment du diagnostic | A eu recours à un soutien psychologique                                   | 3,1                                     | 0,9  | 6,4   | 10,8         |
|                         | N'a pas eu recours à un soutien psychologique, mais l'aurait pas souhaité | 1,2                                     | 6,7  | 10,0  | 17,9         |
|                         | N'a pas eu recours à un soutien psychologique et ne l'aurait pas souhaité | 1,2                                     | 1,7  | 68,4  | 71,3         |
|                         | <b>Total</b>  | <b>5,6</b>                              | <b>9,3</b>   | <b>85,1</b>   | <b>100,0</b> |

### 6,7 % des personnes interrogées regrettent de ne pas avoir eu recours à un soutien psychologique

Parmi les personnes ayant participé à l'enquête, seule une minorité d'entre elles (11 %), ont déclaré avoir bénéficié d'un soutien psychologique avec un professionnel au moment du diagnostic (tableau 1). Dans les deux tiers des cas (65 %), le soutien psychologique obtenu s'inscrivait dans le cadre d'un suivi global organisé dans l'établissement où la personne était soignée, et pour le tiers restant (35 %), le soutien psychologique avait été obtenu à l'initiative de la personne elle-même. En outre, 18 % n'ont pas reçu de soutien psychologique mais auraient souhaité en bénéficier au même moment.

Au moment de l'enquête, soit deux ans après le diagnostic, 5,6 % des personnes interrogées bénéficient d'un soutien psychologique. Contrairement à la situation décrite au moment du diagnostic, le soutien psychologique a été pour plus de deux tiers des personnes (69 %) mis en place à l'initiative du patient, et non dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où il a été soigné. Par ailleurs, 9,3 % souhaiteraient en bénéficier mais n'y recourent pas.

## MÉTHODOLOGIE

Toutes les personnes ayant participé à l'enquête ont été sélectionnées pour cette analyse à travers leur réponse au questionnaire. La première question était la suivante : « Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique avec un professionnel au début de votre maladie ? » Les personnes interrogées pouvaient répondre : « Oui, dans le cadre d'un suivi organisé par l'établissement où vous étiez soigné(e) », « Oui, de votre propre initiative » ou « Non ». Dans le cas d'une réponse négative, on demandait à la personne si elle souhaitait en bénéficier.

Les mêmes questions, portant cette fois-ci sur le moment de l'enquête (deux ans après le diagnostic), étaient ensuite posées : « Actuellement, bénéficiez-vous d'un soutien psychologique par un professionnel pour votre maladie ? » ; « Le souhaitez-vous ? »

**Analyses statistiques**

Afin d'étudier les facteurs indépendamment associés au recours et au besoin de recours au soutien psychologique au moment du diagnostic, puis deux années après le diagnostic, des modèles de régressions logistiques multiples ont été utilisés. Pour chacune des deux périodes de temps, la population de référence à laquelle ont été comparées les personnes ayant eu recours au soutien psychologique, d'une part, et celle qui auraient souhaité en bénéficier, d'autre part, est constituée par les personnes ne déclarant pas de soutien psychologique et n'en ayant pas éprouvé le besoin.

Si l'on rapproche les situations au moment du diagnostic et au moment de l'enquête, il apparaît qu'une personne sur dix n'a pas reçu de soutien psychologique alors qu'elle aurait souhaité en bénéficier au moment du diagnostic, et 6,7 % n'y ont pas eu recours, alors qu'elles auraient souhaité en bénéficier à la fois au moment du diagnostic et au moment de l'enquête. Sur les 11 % des personnes ayant reçu un soutien psychologique au moment du diagnostic, seules 3,1 % en bénéficient également au moment de l'enquête<sup>2</sup> et, parmi les 7,7 % qui n'en bénéficient plus, seules 0,9 % souhaiteraient encore en bénéficier. Enfin, 2,4 % des personnes bénéficient au moment de l'enquête d'un soutien psychologique, alors que ce n'était pas le cas au moment du diagnostic, et seule la moitié d'entre elles regrette de ne pas en avoir bénéficié au moment du diagnostic.

**Le recours au soutien psychologique au moment du diagnostic***Des profils relativement similaires entre les personnes qui y ont recouru ou souhaitaient y recourir*

Le tableau 2 présente les caractéristiques des personnes ayant bénéficié d'un soutien psychologique au moment du diagnostic, et celles des personnes qui auraient souhaité en bénéficier. L'analyse toutes choses égales par ailleurs a été conduite en prenant comme population de référence les 71 % des personnes qui n'ont ni bénéficié ni souhaité bénéficier de soutien psychologique. Cette analyse montre que les personnes qui ont recouru au soutien psychologique au moment du diagnostic ou qui auraient souhaité y recourir sont plus fréquemment âgées de moins de 55 ans et, dans une moindre mesure, de 56 à 70 ans, sont plus souvent des femmes et estiment davantage que le diagnostic a été annoncé de manière trop brutale.

2. Il peut y avoir eu une interruption entre les deux phases de recours.

TABLEAU 2

### Caractéristiques associées au recours et au besoin de recours à un soutien psychologique au moment du diagnostic

|  | Personnes n'ayant pas eu recours à un soutien psychologique et n'ayant pas souhaité y avoir recours (1) | Personnes ayant eu recours à un soutien psychologique (2) |                          | Personnes n'ayant pas eu recours à un soutien psychologique, mais qui l'auraient souhaité (3) |                          |
|--|---|---|--------------------------|---|--------------------------|
|  | %   | %   | Odd ratio (2) versus (1) | %   | Odd ratio (3) versus (1) |
| <b>Ensemble</b>  | <b>71,3</b>   | <b>10,8</b>   |                          | <b>17,9</b>   |                          |
| <b>Âge</b>   |   | <b>ns</b>   |                          | <b>***</b>  |                          |
| 18-55 ans  | 56,9  | 17,4  | 3,1 <sup>###</sup>       | 25,7  | 1,9 <sup>###</sup>       |
| 56-69 ans  | 73,1  | 10,1  | 1,8 <sup>###</sup>       | 16,8  | 1,3 <sup>#</sup>         |
| 70 ans et plus   | 83,3  | 5,2   | 1 <sup>ref.</sup>        | 11,5  | 1 <sup>ref.</sup>        |
| <b>Sexe</b>  |   | <b>***</b>  |                          | <b>***</b>  |                          |
| Homme  | 79,2  | 6,8   | 1 <sup>ref.</sup>        | 14,0  | 1 <sup>ref.</sup>        |
| Femme  | 64,1  | 14,4  | 2,0 <sup>##</sup>        | 21,5  | 1,4 <sup>###</sup>       |
| <b>Niveau d'études</b>                                   |   | <b>***</b>  |                          | <b>***</b>  |                          |
| Aucun diplôme ou CEP                                     | 75,3  | 7,6   | 1 <sup>ref.</sup>        | 17,1  |                          |
| BEP-BEPC-CAP-bac   | 70,1  | 11,1  | ns                       | 18,8  |                          |
| Supérieur au bac   | 65,9  | 16,5  | 2,0 <sup>###</sup>       | 17,6  |                          |
| <b>Situation professionnelle au moment du diagnostic</b> |   |   |                          | <b>***</b>  |                          |
| Retraités  | 81,0  | 6,4   |                          | 12,6  | 1 <sup>ref.</sup>        |
| Autres inactifs  | 65,0  | 13,3  |                          | 21,7  | ns                       |
| Actifs   | 60,6  | 15,7  |                          | 23,7  | 1,5 <sup>##</sup>        |
| <b>Localisation du cancer</b>                            |   | <b>***</b>  |                          | <b>***</b>  |                          |
| Sein   | 62,1  | 15,2  | ns                       | 22,7  |                          |
| Prostate   | 81,8  | 4,9   | ns                       | 13,2  |                          |
| Côlon-rectum   | 80,0  | 7,5   | 1 <sup>ref.</sup>        | 12,5  |                          |
| VADS-poumon  | 71,6  | 12,2  | 1,7 <sup>#</sup>         | 16,2  |                          |
| Tumeurs urogénitales autres que prostate                 | 69,6  | 11,7  | ns                       | 18,7  |                          |
| Hémopathies malignes                                     | 69,3  | 18,1  | 2,2 <sup>##</sup>        | 12,6  |                          |
| Autres cancers   | 70,7  | 7,1   | ns                       | 22,2  |                          |
| <b>Diagnostic annoncé de manière trop brutale</b>        |   | <b>***</b>  |                          | <b>***</b>  |                          |
| Oui  | 54,8  | 14,9  | 1,9 <sup>###</sup>       | 30,3  | 2,8 <sup>###</sup>       |
| Non  | 76,7  | 9,5   | 1 <sup>ref.</sup>        | 13,8  | 1 <sup>ref.</sup>        |
|  | Moyenne (écart type)  | Moyenne (écart type)                                      | Odd ratio (2) versus (1) | Moyenne (écart type)  | Odd ratio (3) versus (1) |
| <b>Indice de pronostic relatif au diagnostic</b>         | 57,9 (20,5)   | 57,0 (21,6)*  |                          | 60,2 (20,1)*  |                          |

( ) : numéro du groupe.

\*: test significatif à  $p < 0,05$ , \*\*:  $p < 0,01$ , \*\*\*:  $p < 0,001$ , ns: non significatif lorsque que l'on compare les personnes du groupe concerné à celles du groupe 1.

#: test significatif à  $p < 0,05$  après ajustement multivarié, \*\*:  $p < 0,01$ , \*\*\*:  $p < 0,001$ , ns: non significatif, ref.: modalité de référence pour les variables qualitatives, lorsque l'on compare les personnes du groupe concerné à celles du groupe 1.

Lecture • Le sexe et l'indice de pronostic relatif au diagnostic sont significativement liés (respectivement  $p < 0,001$  et  $p < 0,05$ ) au recours à un soutien psychologique au moment du diagnostic dans une analyse bivariable lorsque l'on compare les personnes du groupe 2 à celles du groupe 1. 14,4% des femmes ont eu recours à un soutien psychologique (groupe 2) au moment du diagnostic. Les personnes ayant eu recours à un soutien psychologique (groupe 2) au moment du diagnostic ont un indice moyen de pronostic relatif au diagnostic de 57,0: cet indice est significativement différent ( $p < 0,01$ ) de celui des personnes du groupe 1. Après prise en compte des autres variables de l'analyse, le rapport du nombre de personnes ayant eu recours à un soutien psychologique au moment du diagnostic (groupe 2) sur le nombre de celles qui n'y ont pas eu recours et ne le souhaitaient pas (groupe 1) est multiplié par 2,0 ( $p < 0,001$ ) pour les femmes par rapport aux hommes.

Outre ces facteurs communs aux deux profils, les personnes qui ont bénéficié d'un soutien psychologique au moment du diagnostic avaient plus souvent un niveau d'études supérieur au baccalauréat, étaient davantage atteintes d'un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou du poumon ou d'une hémopathie maligne. Être professionnellement actif au moment du diagnostic est aussi indépendamment lié à un besoin non satisfait de recours au soutien psychologique plus fréquent.

Compte tenu du peu d'informations précises disponibles sur la situation des personnes enquêtées au moment du diagnostic, nous ne développerons pas davantage le soutien psychologique au moment du diagnostic et nous nous concentrerons sur la situation au moment de l'enquête, pour laquelle nous disposons de plus amples informations.

## Le recours au soutien psychologique deux ans après le diagnostic

### *Caractéristiques communes aux personnes qui bénéficient ou souhaitent bénéficier d'un soutien psychologique*

Deux ans après le diagnostic de cancer, le fait de bénéficier ou de souhaiter bénéficier d'un soutien psychologique sont plus fréquents chez les personnes rapportant une grande insatisfaction vis-à-vis des informations reçues durant le traitement, chez celles qui ont augmenté leur consommation de psychotropes depuis le diagnostic et chez celles qui ont déclaré avoir fait l'objet de rejet ou de discrimination à cause de la maladie. Sur ce dernier point, il a largement été démontré dans quelle mesure le vécu de stigmatisation dégrade la qualité de vie et l'état mental, ce qui indique le besoin de recourir à une prise en charge psychologique [Langeveld *et al.*, 2002 ; Singer *et al.*, 2007].

Quels que soient le contexte social et l'issue de la maladie cancéreuse, la qualité de la communication, la relation soignant-soigné, et notamment l'information apportée à l'occasion de cette relation, sont des éléments non négligeables de la qualité de vie des personnes, ce qui apparaît clairement lié au besoin de soutien psychologique chez les personnes atteintes [Humphris & Ozakinci, 2006 ; Kleeberg *et al.*, 2005].

### *Facteurs uniquement associés au recours à un soutien psychologique*

Comme dans le cas du soutien au moment du diagnostic, ce sont les femmes qui ont déclaré un plus grand recours au soutien psychologique (tableau 2). Diverses études montrent que leur qualité de vie est souvent dégradée et qu'elles nécessiteraient donc davantage d'aide psychologique [Hassanein *et al.*, 2001 ; Parker *et al.*, 2003].

Au niveau du statut professionnel, les personnes actives, qu'elles soient en congé maladie ou non, bénéficient davantage du soutien psychologique. Le niveau d'études joue également un rôle sur le recours au soutien psychologique. Ce type de résultat peut être appréhendé en termes de stratégies de *coping*<sup>3</sup>. En effet, selon certains auteurs, le niveau d'études déterminerait en partie le type de *coping* des personnes atteintes de cancer [Drageset et Lindstrom, 2005]. De fait, les personnes ayant un niveau d'études plus élevé utiliseraient davantage de stratégies de *coping* centrées sur le problème (et non sur la solution) et qui seraient ainsi plus efficaces pour gérer les divers types de stress engendrés par la maladie [Ahmad *et al.*, 2005 ; Hassanein *et al.*, 2005 ; Roesch *et al.*, 2005 ; Zaza *et al.*, 2005]. Le recours au soutien psychologique apparaîtrait ainsi

---

3. Le coping renvoie à la façon dont les personnes vont s'adapter, s'ajuster et réagir face au stress généré par la maladie (voir l'article p. 163).

TABLEAU 3

### Caractéristiques associées au recours et au besoin de recours à un soutien psychologique deux ans après le diagnostic

|   | Personnes n'ayant pas eu recours à un soutien psychologique et n'ayant pas souhaité y avoir recours (1) | Patients ayant eu recours à un soutien psychologique (2) |                          | Patients n'ayant pas eu recours à un soutien psychologique, mais qui l'auraient souhaité (3) |                          |
|---|---|--|--------------------------|--|--------------------------|
|   | %   | %  | Odd ratio (2) versus (1) | %  | Odd ratio (3) versus (1) |
| <b>Ensemble</b>   | <b>85,2</b>   | <b>5,6</b>   |                          | <b>9,3</b>   |                          |
| <b>Age</b>  |   | ***  |                          | ***  |                          |
| 18-55 ans   | 76,7  | 9,3  |                          | 14,0   | 1,9 <sup>###</sup>       |
| 56-69 ans   | 87,6  | 4,6  |                          | 7,9  | ns                       |
| 70 ans et plus  | 90,6  | 3,0  |                          | 6,4  | 1 <sup>ref.</sup>        |
| <b>Sexe</b>   |   | ***  |                          | ***  |                          |
| Homme   | 89,6  | 3,4  | 1 <sup>ref.</sup>        | 7,0  |                          |
| Femme   | 81,1  | 7,5  | 1,7 <sup>##</sup>        | 11,4   |                          |
| <b>Niveau d'études</b>  |   | ***  |                          | ***  |                          |
| Aucun diplôme ou CEP  | 86,5  | 4,2  | 1 <sup>ref.</sup>        | 9,2  | ns                       |
| BEP-BEPC-CAP-bac  | 85,0  | 5,6  | ns                       | 9,5  |                          |
| Supérieur au bac  | 82,7  | 8,2  | 1,8 <sup>##</sup>        | 9,1  |                          |
| <b>Vie en couple</b>  |   | **   |                          | ***  |                          |
| Oui   | 86,4  | 5,1  |                          | 8,5  | 0,7 <sup>##</sup>        |
| Non   | 80,9  | 7,1  |                          | 12,0   | 1 <sup>ref.</sup>        |
| <b>Situation professionnelle au moment de l'enquête</b>                         |   | ***  |                          | ***  |                          |
| Retraités   | 89,9  | 3,2  | 1 <sup>ref.</sup>        | 6,9  |                          |
| Autres inactifs   | 75,7  | 9,5  | ns                       | 14,7   |                          |
| Actifs en congé maladie   | 66,2  | 18,2   | 3,1 <sup>###</sup>       | 15,6   |                          |
| Autres actifs   | 83,9  | 5,7  | 2,0 <sup>##</sup>        | 10,4   |                          |
| <b>Localisation du cancer</b>   |   | ***  |                          | ***  |                          |
| Sein  | 80,5  | 7,7  |                          | 11,8   |                          |
| Prostate  | 90,8  | 2,9  |                          | 6,3  |                          |
| Colón-rectum  | 87,3  | 5,5  |                          | 7,3  |                          |
| VADS-poumon   | 82,7  | 6,1  |                          | 11,2   |                          |
| Tumeurs urogénitales autres que prostate  | 84,9  | 5,0  |                          | 10,1   |                          |
| Hémopathies malignes  | 85,1  | 6,1  |                          | 8,7  |                          |
| Autres cancers  | 86,8  | 4,7  |                          | 8,6  |                          |
| <b>Cancer évolutif au moment de l'enquête (questionnaire médical)</b>           |   | ***  |                          | ***  |                          |
| Oui   | 79,4  | 10,3   | 1,6 <sup>#</sup>         | 10,3   |                          |
| Non   | 85,7  | 5,1  | 1 <sup>ref.</sup>        | 9,2  |                          |
| <b>Traitement par chimiothérapie</b>  |   | ***  |                          | ***  |                          |
| Oui   | 80,8  | 8,0  |                          | 11,2   |                          |
| Non   | 87,7  | 4,1  |                          | 8,2  |                          |
| <b>Traitement par radiothérapie</b>   |   | ns   |                          | ***  |                          |
| Oui   | 82,6  | 6,0  |                          | 11,4   | 1,3 <sup>#</sup>         |
| Non   | 87,5  | 5,2  |                          | 7,4  | 1 <sup>ref.</sup>        |
| <b>Séquelles ressenties</b>   |   | ***  |                          | ***  |                          |
| Aucune séquelle   | 91,6  | 3,6  |                          | 4,8  | 1 <sup>ref.</sup>        |
| Séquelles peu gênantes  | 89,0  | 3,8  |                          | 7,1  | ns                       |
| Séquelles assez à très gênantes   | 80,3  | 7,3  |                          | 12,4   | 1,9 <sup>###</sup>       |
| <b>A reçu une information totalement suffisante pendant les traitements</b>     |   | *  |                          | ***  |                          |
| Oui   | 89,9  | 4,4  | 0,7 <sup>#</sup>         | 5,6  | 0,4 <sup>###</sup>       |
| Non   | 80,8  | 6,6  | 1 <sup>ref.</sup>        | 12,6   | 1 <sup>ref.</sup>        |
| <b>Augmentation de la consommation de psychotropes depuis le diagnostic</b>     |   | ***  |                          | ***  |                          |
| Oui   | 70,2  | 14,2   | 3,5 <sup>###</sup>       | 15,6   | 1,7 <sup>###</sup>       |
| Non   | 89,0  | 3,3  | 1 <sup>ref.</sup>        | 7,7  | 1 <sup>ref.</sup>        |
| <b>A été l'objet de discrimination ou de rejet directement lié à la maladie</b> |   | ***  |                          | ***  |                          |
| Oui   | 60,7  | 16,3   | 3,1 <sup>###</sup>       | 23,0   | 2,8 <sup>###</sup>       |
| Non   | 87,6  | 4,5  | 1 <sup>ref.</sup>        | 7,9  | 1 <sup>ref.</sup>        |
| <b>A été en contact avec une association de malades depuis le diagnostic</b>    |   | ***  |                          | ***  |                          |
| Oui   | 69,2  | 17,1   | 2,4 <sup>###</sup>       | 13,7   |                          |
| Non   | 86,0  | 5,0  | 1 <sup>ref.</sup>        | 9,1  |                          |

( ) : numéro du groupe. \* : test significatif à  $p < 0,05$ , \*\* :  $p < 0,01$ , \*\*\* :  $p < 0,001$ , ns : non significatif lorsque que l'on compare les personnes du groupe concerné à celles du groupe 1. # : test significatif à  $p < 0,05$  après ajustement multivarié, ## :  $p < 0,01$ , ### :  $p < 0,001$ , ns : non significatif, réf. : modalité de référence pour les variables qualitatives, lorsque l'on compare les personnes du groupe concerné à celles du groupe 1.

Lecture • Le sexe est significativement lié ( $p < 0,001$ ) au recours à un soutien psychologique deux ans après le diagnostic dans une analyse bivariable lorsque l'on compare les personnes du groupe 2 à celles du groupe 1. 7,5% des femmes ont eu recours à un soutien psychologique deux ans après le diagnostic (groupe 2). Après prise en compte des autres variables de l'analyse, le rapport du nombre de personnes ayant eu recours à un soutien psychologique deux ans après le diagnostic (groupe 2) sur le nombre de celles qui n'y ont pas eu recours et ne le souhaitaient pas (groupe 1) est multiplié par 1,7 ( $p < 0,01$ ) pour les femmes par rapport aux hommes.

comme une stratégie de *coping* centrée sur le problème. Ce résultat peut aussi être interprété en termes d'inégalité sociale pour l'accès aux soins, et plus particulièrement à des soins de support tels que le soutien psychologique.

Les personnes en maladie évolutive recourent également plus souvent au soutien psychologique. Cela peut s'expliquer par le fait que ces personnes éprouvent souvent une grande détresse émotionnelle et, de fait, le soutien psychologique de la part d'un professionnel devient incontournable et tout à fait bénéfique [De Vries *et al.*, 1998].

Enfin, les personnes qui bénéficient d'un soutien psychologique rapportent plus fréquemment avoir été en contact avec une association de malades depuis leur diagnostic. Ce constat peut s'expliquer par le fait que les associations facilitent l'accès, voire permettent d'accéder directement à des professionnels du soutien psychologique.

### *Caractéristiques uniquement associées à un besoin de soutien psychologique non satisfait*

Les personnes les plus jeunes, qui ne sont pas en couple, traitées par radiothérapie et qui perçoivent les séquelles de leur maladie comme très gênantes regrettent plus souvent de ne pas avoir de soutien psychologique.

Ainsi, la présence de séquelles très gênantes, dans la mesure où elles affectent la qualité de vie des patients, entraînent le besoin d'un soutien psychologique [Alves, 2007 ; Chaume *et al.*, 2007 ; Ohrn, 2002]. L'isolement affectif engendré par l'absence de vie de couple, de même que le fait d'être atteint d'un cancer à un âge plus jeune sont aussi des facteurs connus de dégradation de la qualité de vie, liée de fait à un besoin de soutien psychologique. Concernant les personnes célibataires, on peut supposer que l'absence de partenaire freine la mise en place du recours au soutien d'un professionnel.

Il a déjà été montré que les difficultés liées au traitement par radiothérapie entraînaient un besoin de soutien psychologique, mais il semble que ce soutien ne soit pas satisfait [Libert *et al.*, 2006]. On peut se demander s'il s'agit d'un réel besoin de soutien psychologique apporté par un professionnel ou bien s'il s'agit davantage de satisfaire un besoin d'informations et d'explications sur la radiothérapie et ses conséquences et qui pourrait dans ce dernier cas être apporté par l'équipe infirmière [Barruel, 2005].

## **Conclusion**

Les interventions de soutien psychologique auprès des personnes atteintes de cancer sont devenues l'un des fers de lance d'un discours recommandant une prise en charge globale et multidisciplinaire prônée depuis quelques années. Ces interventions, qui s'effectuent dans des contextes très variables, revêtent elles aussi des modalités diverses : de l'information à l'éducation, de la thérapie psychologique directive (comportementale ou cognitive) ou non directive aux groupes d'auto-support accompagnés ou non par des traitements pharmacologiques. Malgré tout, de nombreuses personnes n'ont pu bénéficier d'un soutien psychologique qui aurait pu les aider face à la maladie, que cela soit à l'occasion du diagnostic ou tout au long de leur parcours thérapeutique. Par ailleurs, la proportion de personnes qui n'a pas souhaité bénéficier d'un soutien est importante, ce qui laisse présager un manque d'information et d'orientation quant aux différentes formes de soutien psychologique et aux bénéfices associés, à savoir un accès facile et égalitaire au psychologue. L'ensemble de ces résultats ouvrent la voie à de nombreuses pistes de travail, afin notamment de faciliter le recours au sou-

tion psychologique d'un professionnel dans le cadre du dispositif d'annonce. Ces nouvelles orientations concernent l'ensemble des acteurs de la prise en charge multidisciplinaire et soulignent le rôle fondamental de chacun quant à l'information et l'orientation des personnes concernées. D'une part, le soutien psychologique n'est pas l'apanage des seuls psychologues : chaque catégorie de soignants peut développer une part d'accompagnement relationnel et ensuite faciliter l'orientation vers le psychologue [Barruel, 2005]. D'autre part, le soutien psychologique et la présence du psychologue dans l'équipe s'avèrent tout aussi importants pour les soignants que pour les patients.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bataille P., 2003, *Un cancer et la vie*, Balland, Paris.
- Ahmad M. M., Musil C. M., Zauszniewski J. A., Resnick M. I., 2005, « Prostate cancer: appraisal, coping, and health status », *Journal of Gerontological Nursing*, 31(10), 34-43.
- Alves A., 2007, « Recommendations for clinical practice. Therapeutic choices for rectal cancer. How can we reduce therapeutic sequelae and preserve quality of life? », *Gastroenterologie clinique et biologique*, 31 spec. n° 1, 1S52-62, 51S95-57.
- Barruel F., 2005, « Réflexions sur l'accessibilité du psychologue en cancérologie », *Revue francophone de psycho-oncologie*, 1, 60-67.
- Chaume A. G., Berger C., Cathebras P., 2007, « Sequelae and quality of life in young adult survivors of childhood cancer », *La revue de médecine interne*, 28(7), 450-457.
- Drageset S., Lindstrom T. C., 2005, « Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support », *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 217-226.
- Hassanein K. A., Musgrove B. T., Bradbury E., 2005, « Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms », *Journal of Craniomaxillofacial Surgery*, 33(6), 404-409.
- Hassanein K. A., Musgrove B. T., Bradbury E., 2001, « Functional status of patients with oral cancer and its relation to style of coping, social support and psychological status », *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 39(5), 340-345.
- Humphris G. M., Ozakinci G., 2006, « Psychological responses and support needs of patients following head and neck cancer », *International Journal of Surgery Pathology*, 4(1), 37-44.
- Kleeberg U. R., Tews J. T., Ruprecht T., Hoing M., Kuhlmann A., Runge C., 2005, « Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC study », *Support Care Cancer*, 13(5), 303-310.
- Langeveld N. E., Stam H., Grootenhuis M. A., Last B. F., 2002, « Quality of life in young adult survivors of childhood cancer », *Support Care Cancer*, 10(8), 579-600.
- Libert Y., Merckaert I., Étienne A. M., Farvacques C., Leienard A., Messin S. *et al.*, 2006, « Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer: étude nationale belge », *Oncologie*, 8, 465-476.
- Lindop E., Cannon S., 2001, « Experiences of women with a diagnosis of breast cancer: a clinical pathway approach », *European Journal of Oncology Nursing*, 5(2), 91-99.
- Ohrn K., 2002, « The role of oral sequelae in health-related quality of life of cancer patients », *Support Care Cancer*, 10(8), 656-658.

- Owen J. E., Klapow J. C., Roth D. L., Nabell L., Tucker D. C., 2004, « Improving the effectiveness of adjuvant psychological treatment for women with breast cancer: the feasibility of providing online support », *Psychooncology*, 13(4), 281-292.
- Parker P. A., Baile W. F., de Moor C., Cohen L., 2003, « Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients », *Psychooncology*, 12(2), 183-193.
- Poulin E., Nicaise F., Baqué O., 2005, « Des psychologues au sein d'un réseau de cancérologie », *Revue francophone de psycho-oncologie*, 2, 86-89.
- Roesch S. C., Adams L., Hines A., Palmores A., Vyas P., Tran C., Pekin S., Vaughn A. A., 2005, « Coping with prostate cancer: a meta-analytic review », *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 281-293.
- Singer S., Danker H., Bloching M., Kluge A., Schwenke J., Oeken J., Fuchs M., Schwartz R., 2007, « Perceived Stigmatisation Following Laryngectomy », *Psychotherapie Psychosomatik Medizinisch Psychologie*.
- Zaza C., Sellick S. M., Hillier L. M., 2005, « Coping with cancer: what do patients do », *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(1), 55-73.