Université de Nantes
Ecole Doctorale 504 : Cognition, Education, Interactions

THESE
Pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université de Nantes
Discipline : Psychologie

Présentée et soutenue publiquement par
Sophie LELORAIN
Le 2 décembre 2009

QUALITE DE VIE ET DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE A LONG TERME D'UN CANCER DU SEIN

Thèse dirigée par Agnès FLORIN, Professeur
Co-encadrée par Angélique BONNAUD-ANTIGNAC, Maître de Conférences

Jury

Mme Marilou BRUCHON-SCHWEITZER	Professeur, Université de Bordeaux II
M. François DRAVET	Docteur, CLCC, Nantes Atlantique
M. Michel MORIN	Professeur, Université d'Aix-Marseille I
Mme Elisabeth SPITZ	Professeur, Université de Metz
M. Joël SWENDSEN	Professeur, Université de Bordeaux II

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Madame Bruchon-Schweitzer, Madame Spitz, Monsieur Dravet, Monsieur Morin et Monsieur Swendsen pour avoir accepté d'être membres du jury de cette thèse. C'est pour moi un honneur et un plaisir de les recevoir à Nantes pour cette soutenance.

Ensuite, je remercie Agnès Florin pour la direction de cette thèse et ses conseils stratégiques précieux. Je remercie également Angélique Bonnaud-Antignac pour sa disponibilité, ainsi que pour son encadrement efficace et soutenant.

Je remercie toute l'ERSSCa (Equipe de Recherche en Sciences humaines et Sociales appliquées à la Cancérologie), au sein de laquelle ce projet de thèse a pu voir le jour et se développer. En particulier, un grand merci à Gérad Dabouis, Philippe Tessier, François Pein, Hélène Lecompte, Isabelle Marcoux, Anne-Chantal Hardy pour leur soutien et leur aide concrète.

Je remercie chaleureusement la Direction et toute l'équipe de la Maison des Sciences de l'Homme, Ange-Guépin, pour l'hébergement dont j'ai pu bénéficier pendant ces trois années de thèse.

Je voudrais aussi remercier tous ceux et toutes celles qui ont pris le temps de m'aider ponctuellement dans ce travail de thèse en m'accordant un rendez-vous ou en répondant à mes mails par exemple. Je pense notamment à Pierre Vrignaud, à Aurore Marcouyeux, à Ghozlane Fleury-Bahy et à John Barber.

Je voudrais exprimer une reconnaissance particulière à tous les membres de la liste de diffusion internationale SEMNET (The Structural Equation Modeling Discussion Network) et en particulier à Cameron McIntosh, Kristopher Preacher, Ed. Ridgton qui ont toujours répondu avec simplicité à mes questions, malgré leur niveau exceptionnel en statistiques. Mon inscription et ma participation à cette liste ont donné une nouvelle tournure à cette thèse, à la fois par le soutien statistique et psychologique procuré par les semneters, tout autant que par les nombreuses références bibliographiques recommandées par les internautes. C'était une expérience passionnante que d'échanger en ligne avec des gens de tous pays, de toutes disciplines et de tous niveaux en statistiques.

Je remercie aussi chaleureusement tous les doctorants et résidents de la MSH (ancienne et nouvelle génération) pour leur soutien pendant ces trois ans, et en particulier Amandine Lefrançois, Audrey Sorin, Alexandre Charbonneau, Helène Lecompte, Soazig Le Goas, Pierre-Henri Garnier, Nicolas Arnaud et Caroline Mazaud.

Merci aussi aux doctorants du laboratoire de psychologie, notamment à Angélique Rambaud, Fabien Bacro et Linda Simon pour leurs conseils et leurs encouragements.

Je voulais aussi remercier les membres de ma famille (notamment de Paris et d'Aix en Provence) pour leur soutien extrêmement précieux et efficace tout au long de ce travail de thèse. Je remercie également mes amis pour leur soutien psychologique et/ou matériel dans cette thèse, en particulier Julien, Céline, Maud, Delphine, Aude, Yuna et tous les "psychoprats' 2004".

Enfin, un grand merci à toutes les femmes qui ont pris le temps de répondre à nos questionnaires et à nos entretiens.

Je dédie ce travail à H. Galli et à Y. Lelorain,
ainsi qu'à ma famille.

Qualité de vie et développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein

Objectifs : Cette recherche a pour objectifs de décrire et surtout d'expliquer la qualité de vie et le développement post-traumatique (changements positifs psychologiques vécus suite à un événement de vie difficile) de femmes étant actuellement de 5 à 15 ans du diagnostic d'un cancer du sein, en comparaison avec d'autres n'ayant pas eu le cancer et faisant référence à l'événement le plus difficile vécu dans les 15 dernières années de leur vie. **Méthode** : Cette étude transversale a été menée par questionnaires auprès de 307 femmes ayant eu le cancer et 132 femmes constituant une population contrôle. Des entretiens semi directifs, conduits auprès de 28 femmes anciennement cancéreuses ont complété les questionnaires dans l'appréhension du développement post-traumatique après le cancer. **Résultats** : La qualité de vie des femmes à long terme du cancer est satisfaisante et comparable à celle de la population contrôle. Bien que des changements positifs soient effectivement déclarés, ils ne semblent pas spécifiques au cancer. Dans les deux populations, la qualité de vie mentale dépend essentiellement de la personnalité et du soutien perçu, la qualité de vie physique de variables sociodémographiques, médicales et des séquelles laissées par l'événement, le développement post-traumatique du coping. **Conclusion** : Dans l'ensemble et à long terme, le cancer ne paraît pas plus délétère que d'autres événements difficiles sur la qualité de vie. Il convient néanmoins de ne pas minimiser l'impact d'un cancer du sein dans la vie d'une femme.

Mots clefs : qualité de vie, développement post-traumatique, cancer du sein, personnalité, coping, soutien social

Quality of life and post-traumatic growth in long term breast cancer survivors

Objectives: This research addresses the issue of description and prediction of quality of life and post-traumatic growth (experience of positive psychological changes) in women who lived five to fifteen years after a diagnosis of breast cancer. The comparison is a control population of healthy women referring to the most stressful experience of their lives within a period of fifteen years. **Method:** This cross-sectional study was conducted through questionnaires in 307 long-term breast cancer women and 132 healthy women. In the interest of a better understanding of the nature of post-traumatic growth, semi-structured interviews were also carried out in 28 breast cancer women. **Results:** The quality of life in breast cancer cases is good and equal to that recorded in the control population. Post-traumatic growth is observed following breast cancer but is not restricted to this category. In both populations, mental quality of life is mainly linked to personality and physical quality of life to socio-demographic and medical variables as well as the consequences of cancer (or other traumatic events). It should be noted, moreover, that with regard to post-traumatic growth the key factor is that of coping. **Conclusion:** Overall, long-term quality of life after breast cancer does not seem to be more impaired than after other stressful events. Nevertheless, we should bear in mind that breast cancer remains a major stressful life event for women.

Key words: quality of life, post-traumatic growth, breast cancer, personality, coping, social support

Plan Global

INTRODUCTION GENERALE 17

PARTIE I. QUALITE DE VIE ET DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE : APPROCHE THEORIQUE 21

INTRODUCTION 23
CHAPITRE 1. DESCRIPTION DE LA QUALITE DE VIE ET DU DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE EN REMISSION D'UN CANCER DU SEIN. 25
CHAPITRE 2 : INFLUENCE DES FACTEURS DE PERSONNALITE SUR LA QUALITE DE VIE ET LE DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE. 99
CHAPITRE 3 : INFLUENCE DES PROCESSUS TRANSACTIONNELS SUR LA QUALITE DE VIE ET LE DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE. 123

PARTIE II. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 159

PARTIE III. RESULTATS SOUS FORME D'ETUDES 175

ETUDE 1. QUALITE DE VIE ET DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE A LONG TERME D'UN CANCER DU SEIN : ETUDE DESCRIPTIVE ET LIEN ENTRE LES DEUX VARIABLES 177
ETUDE 2. LE DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE A LONG TERME D'UN CANCER DU SEIN : ETUDE QUALITATIVE 201
ETUDE 3. PREDICTION DU DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE A LONG TERME D'UN CANCER DU SEIN. 225
ETUDE 4. PREDICTION DE LA QUALITE DE VIE A LONG TERME D'UN CANCER DU SEIN. 271

DISCUSSION GENERALE 301

BIBLIOGRAPHIE 327

INDEX DES FIGURES 349

INDEX DES TABLEAUX 351

ANNEXES 353

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE 17

PARTIE I. QUALITE DE VIE ET DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE : APPROCHE THEORIQUE 21

INTRODUCTION 23

CHAPITRE 1. DESCRIPTION DE LA QUALITE DE VIE ET DU DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE EN REMISSION D'UN CANCER DU SEIN. 25

1. La qualité de vie 25
1.1 Introduction et définition 25
1.1.1. Définition conceptuelle 25
1.1.2. Une illustration par les outils de mesure 26
1.1.3. Introduction à la revue de la littérature sur la qualité de vie 27
1.2. La qualité de vie à court terme après un cancer 28
1.3. La qualité de vie à long terme après un cancer du sein 31
1.3.1. Introduction : résultats d'études sans population contrôle 32
1.3.2. Comparaisons avec des populations contrôles 34
1.4. Impact des facteurs sociodémographiques 36
1.4.1. L'âge 36
1.4.2. Les revenus 42
1.4.3. Le niveau d'études 43
1.4.4. Le statut conjugal 44
1.4.5. Le statut professionnel 45
1.4.6. L'appartenance ethnique 46
1.5. Impact des facteurs médicaux sur la qualité de vie. 47
1.5.1. Le type de cancer 47
1.5.2. La récidive 48
1.5.3. Le stade de la tumeur au diagnostic 49
1.5.4. Le temps écoulé depuis le diagnostic (TDD) 50
1.5.5. Le type d'opération (mastectomie versus chirurgie conservatrice) 52
1.5.6. Les traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) 53
1.5.7. Comorbidités et séquelles 55

2. Le développement post-traumatique 56
2.1. Définition 56
2.1.1.Introduction 56
2.1.2. Vers une définition 57
2.1.3. Un choix de conception : le développement post-traumatique 58
2.2. Le développement après un cancer 62
2.2.1. Le développement après toutes sortes de cancers 62
2.2.2. Le développement après un cancer du sein 67
2.2.3. Le développement post-cancéreux est-il spécifique ? 72
2.3. Le PTG : réel ou illusoire ? 75
2.3.1. Des divergences sur cette question 76
2.3.2. Conclusion 79
2.4. Impact des facteurs sociodémographiques 80
2.4.1. L'âge 80
2.4.2. Les revenus 82
2.4.3. Niveau d'études 82
2.4.4. Statut professionnel 83
2.4.5. Le statut conjugal 83
2.4.6. L'appartenance ethnique 83
2.4.7. Le sexe 84
2.5. Impact des facteurs médicaux 85
2.5.1. Le temps depuis le diagnostic (TDD) 85
2.5.2. Les traitements (type d'opération et traitements adjuvants) 86

2.5.3. Gravité de la maladie : stade de la tumeur et récidive ... 87
2.6. L'évaluation quantitative du développement ... 88

3. Existe-t-il un lien entre développement post-traumatique et critères d'ajustement ? ... *89*
3.1. Développement post-traumatique et divers critères d'ajustement ... 90
3.1.1. Dans les recherches sur le cancer du sein ... 90
3.1.2. Dans les recherches sur toutes sortes d'événements ... 92
3. 2. Développement post-traumatique et qualité de vie ... 96
3.3. Conclusion ... 98

CHAPITRE 2 : INFLUENCE DES FACTEURS DE PERSONNALITE SUR LA QUALITE DE VIE ET LE DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE. ... 99
1. L' Optimisme, le PTG et la Qualité de vie ... *99*
1.1. Définition ... 99
1.2. L'optimisme est-il prédicteur du PTG ? ... 100
1.2.1. Effet direct de l'optimisme sur le PTG ... 100
1.2.2. Effet médiatisé par un coping actif positif. ... 101
1.2.3. Conclusion ... 101
1.3. L'optimisme est-il prédicteur de la qualité de vie? ... 102
1.3.1. Effets directs ... 102
1.3.2. Effets indirects par le coping ... 104
2. Le Lieu de contrôle, le PTG et la qualité de vie ... *105*
2.1. Définition du lieu de contrôle ... 105
2.2. Le contrôle est-il prédicteur du PTG? ... 106
2.3. Le contrôle est-il prédicteur de la qualité de vie? ... 107
2.3.1. LOC et qualité de vie ... 108
2.3.2. Contrôle perçu sur la maladie et qualité de vie. ... 110
3. L'Affectivité, le PTG et la qualité de vie ... *112*
3.1. Définition ... 112
3.2. L'affectivité est-elle prédictrice du développement post-traumatique? ... 113
3.3. L'affectivité est-elle prédictrice de la qualité de vie? ... 115
3.3.1. L'affectivité négative. ... 115
3.3.2. L'affectivité positive ... 118
3.3.3. Effets différenciés de l'AP et de l'AN ... 120

CHAPITRE 3 : INFLUENCE DES PROCESSUS TRANSACTIONNELS SUR LA QUALITE DE VIE ET LE DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE. ... 123
1. Stress perçu, qualité de vie et développement post-traumatique. ... *123*
1.1. Définition et mesure du stress perçu. ... 123
1.2. Stress perçu et qualité de vie ... 123
1.2.1. Stress perçu et issues psychologiques ... 124
1.2.2. Stress perçu et coping ... 125
1.2.3. Le stress perçu : médiateur entre personnalité et qualité de vie ... 127
1.2.4. Conclusion ... 127
1.3. Stress perçu et développement post-traumatique ... 128
2. Coping, qualité de vie et développement post-traumatique ... *131*
2.1. Introduction à la notion de coping ... 131
2.1.1. Définition ... 131
2.1.2. Approche macroanalytique ... 131
2.1.3. Approche microanalytique, l'exemple du Brief COPE. ... 133
2.1.4. Coping et cancer du sein : aspect descriptif ... 134
2.2. Coping et qualité de vie ... 136
2.2.1. Coping d'approche, centré sur le problème, et qualité de vie ... 136
2.2.2. Coping d'évitement, centré sur l'émotion, et qualité de vie. ... 141
2.3. Coping et développement post-traumatique ... 146
2.3.1. Approche globale ... 146
2.3.2. Nuances et remarques sur les copings d'approche et évitant ... 147
2.3.3. Conclusion ... 148
3. Soutien social, qualité de vie et développement post-traumatique. ... *150*
3.1. Définition du soutien social ... 150
3.2. Soutien social et qualité de vie ... 151
3.2.1. A court et moyen terme d'un cancer du sein ... 151
3.2.2. A long terme d'un cancer du sein ... 153
3.2.3. Soutien social et divers cancers ou pathologies ... 153
3.2.4. Soutien social, coping et internalité ... 154

3.3. Soutien social et développement post-traumatique 155

PARTIE II. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 159

1. Procédure 161
1.1 Population cancéreuse 161
1.2. Population contrôle 162
2. Mesures 163
2.1. Variables sociodémographiques et médicales 164
2.2. Variables de personnalité 164
2.2.1. L'affectivité positive et négative 164
2.2.2. L'optimisme 165
2.2.3. L'internalité (Lieu de contrôle interne) 165
2.3. Variables transactionnelles 165
2.3.1. Le coping 165
2.3.2. Le soutien social perçu 167
2.3.3. Le stress perçu au diagnostic 168
2.4. Les variables dépendantes 168
2.4.1. La qualité de vie 168
2.4.2. Les séquelles du cancer 169
2.4.3. Le développement post-traumatique 169
3. Participants 170
3.1. Variables sociodémographiques des deux populations 170
3.2. Variables médicales chez les personnes cancéreuses 172
3.3. Caractéristiques de l'événement de référence chez les personnes contrôles 172
3.4. Comparaison des variables indépendantes dans les deux populations 172
4. Analyses statistiques 174
5. Déroulement général de la recherche 174

PARTIE III. RESULTATS SOUS FORME D'ETUDES 175

ETUDE 1. QUALITE DE VIE ET DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE A LONG TERME D'UN CANCER DU SEIN : ETUDE DESCRIPTIVE ET LIEN ENTRE LES DEUX VARIABLES 177
1. Introduction 177
1.1. Qualité de vie et séquelles 177
1.2. Changements positifs, négatifs et développement post-traumatique 179
1.3. Qualité de vie et développement post-traumatique : quels liens? 180
2. Méthode 180
2.1. Procédure, mesures et participants 180
2.2. Analyses statistiques 181
3. Résultats 182
3.1. Qualité de vie, sentiment de bonheur et séquelles 182
3.2. Développement post-traumatique 187
3.2.1. Le développement post-traumatique pour le groupe cancer 187
3.2.2. Comparaison du développement post-traumatique avec une population contrôle 190
3.3. Qualité de vie et développement post-traumatique : quel lien? 192
4. Discussion 193
4.1. Qualité de vie et séquelles 193
4.2. Développement post-traumatique, changements positifs et négatifs 196
4.3. Qualité de vie et développement post-traumatique 198
4.4. Conclusion 199

ETUDE 2. LE DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE A LONG TERME D'UN CANCER DU SEIN : ETUDE QUALITATIVE 201
1. Introduction 201
2. Recueil et analyse des données 202
2.1. Recueil des données 202
2.2. Caractéristiques des participantes interrogées 204
2.3. Traitement des données 205
3. Résultats 208

3.1. Approche globale de l'ensemble du corpus 208
3.2. Les classes lexicales révélées 209
3.2.1. Classe 1 : Le développement post-traumatique (34% du corpus analysé). 209
3.2.2. Classe 2 : La maladie et les traitements (32% du corpus analysé). 213
3.2.3. Classe 3 : L'entourage : ressource et facteur de stress (13% du corpus analysé) 214
3.2.4. Classe 4 : Rupture et continuité (21% du corpus analysé) 215
3.3. Liens entre les classes 216
4. Discussion *218*

ETUDE 3. PREDICTION DU DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE A LONG TERME D'UN CANCER DU SEIN. 225
1. Introduction *225*
2. Méthode *231*
2.1. Procédure, mesures et participants 231
2.2. Analyses statistiques 231
2.2.1. AFC du PTGI 231
2.2.2. Tests de modèles en pistes causales 233
2.2.3. Analyses multi groupes : effet modérateur du groupe 236
3. Résultats *237*
3.1. Un modèle français du développement post-traumatique 237
3.1.1. La structure américaine d'origine en 5 dimensions 237
3.1.2. L'analyse factorielle exploratoire (AFE) 237
3.1.3. Analyse factorielle confirmatoire (AFC) 238
3.2. Modèles en pistes causales pour la prédiction du développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein 241
3.2.1. Introduction 241
3.2.2. Prédiction du facteur de changements personnels 243
3.2.3. Prédiction du facteur de changements liés aux rapports aux autres 248
3.2.4.. Prédiction du facteur général de développement post-traumatique 251
3.2.5. Modèles alternatifs incluant les séquelles perçues 252
3.3. Spécificités de la prédiction du PTG cancéreux 254
3.3.1. Le développement post-traumatique personnel 254
3.3.2. Le développement relationnel 258
3.3.3. Conclusion 260
4. Discussion *261*
4.1. Les dimensions du développement post-traumatique 261
4.2. La prédiction du développement post-traumatique 263
4.2.1. Résultat global et spécificités selon la nature du développement 263
4.2.2. Limites et ouvertures 267
4.3. Brève conclusion 270

ETUDE 4. PREDICTION DE LA QUALITE DE VIE A LONG TERME D'UN CANCER DU SEIN. 271
1. Introduction *271*
2. Méthode *276*
2.1. Procédure, mesures et participants 276
2.2. Analyses statistiques 276
3. Résultats *276*
3.1. Modèles en pistes causales pour la prédiction de la qualité de vie à long terme du cancer 276
3.1.1. Introduction 276
3.1.2. Prédiction de la qualité de vie mentale 277
3.1.3. Prédiction de la qualité de vie physique 280
3.2. Spécificités de la prédiction de la qualité de vie après un cancer 283
3.2.1. La qualité de vie mentale 284
3.2.2. La qualité de vie physique 287
3.2.3. Conclusion 290
4. Discussion *291*
4.1. Prédiction de la qualité de vie mentale 291
4.2. Prédiction de la qualité de vie physique 295
4.3. Conclusion générale 298

DISCUSSION GENERALE **301**

1. Résultats de cette recherche *303*
1.1. La qualité de vie 303
1.1.1. La qualité de vie à long terme d'un cancer 303
1.1.2. Prédiction de la qualité de vie mentale 303
1.1.3. Prédiction de la qualité de vie physique 309
1.1.4. Conclusion sur la prédiction de la qualité de vie 312
1.1.5. L'essentiel à retenir 313
1.2. Le développement post-traumatique 313
1.2.1. Dimensions du développement post-traumatique après le cancer du sein 313
1.2.2. Le développement post-traumatique à long terme du cancer du sein 314
1.2.3. Prédiction du développement post-traumatique personnel 316
1.2.4. Prédiction du développement relationnel 318
1.2.5. Prédiction du développement général 319
1.2.6. Le développement post-traumatique est-il lié à la qualité de vie? 319
1.2.7. L'essentiel à retenir 320
2. Limites et perspectives *321*
3. Conclusion *323*

BIBLIOGRAPHIE **327**

INDEX DES FIGURES **349**

INDEX DES TABLEAUX **351**

ANNEXES **353**

Introduction générale

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers dans les pays occidentaux. Avec près de 50 000 nouveaux cas par an actuellement en France, l'hexagone n'échappe pas à cette règle, et une femme française sur huit y sera confrontée dans sa vie (Institut de Veille Sanitaire, 2008). Cependant, l'évolution des dépistages précoces et des progrès médicaux a permis une augmentation considérable du taux de survie relatif[1], désormais de 85% à plus de 5 ans du diagnostic (Institut National du Cancer, 2009), et de 72% à plus de 10 ans (Istituto Superiore di Sanità, 2009). Avec de tels taux, le cancer du sein aurait même parfois tendance à être considéré comme une maladie chronique. Cette évolution des taux de guérison soulève alors la question de la qualité de vie des femmes à long terme du diagnostic, et des changements psychologiques, physiques et sociaux vécus du fait de la maladie. Si leur qualité de vie semble tout à fait satisfaisante à long terme (Bloom, Peterson & Kang, 2007), à plus de 5 ans du diagnostic, plus d'une femme sur trois déclare pourtant des séquelles physiques et/ou psychologiques (Porter et al., 2006), notamment en conséquence des effets délétères et rémanents des traitements. Parallèlement à cet aspect négatif, l'expérience de la confrontation à la maladie a aussi pu être enrichissante, et vécue positivement sur certaines dimensions psychologiques, phénomène connu sous le nom de développement post-traumatique (Tedeschi & Calhoun, 1996). A 10 ans du diagnostic, 79% des femmes identifient d'ailleurs au moins un effet positif de leur cancer (Mols, Vingerhoets, Coebergh & van de Poll-Franse, 2009).

Si de nombreuses études se sont intéressées à la qualité de vie ou aux changements positifs à court terme d'un cancer du sein, plus rares sont celles ayant étudié l'une ou l'autre de ces questions sur le long terme, et quasiment aucune n'a encore pris en compte simultanément ces deux issues à des années d'un cancer du sein. De plus, l'absence de population contrôle dans la majorité de ces études empêche d'identifier les aspects spécifiques de la qualité de vie et du développement post-traumatique après un cancer (Tomich & Helgeson, 2002 ;

[1] Taux de survie qui serait observé si on ne prenait en compte que des décès liés au cancer et non à d'autres causes.

Schroevers, Ranchor & Sanderman, 2006). C'est dans l'optique de pallier ces lacunes de la recherche, notamment française, que nous proposons ce travail, qui porte sur 307 femmes en rémission de 5 à 15 ans de leur cancer, et 132 femmes n'ayant pas eu de cancer, constituant la population contrôle. A des fins de comparaison, ces dernières devaient faire référence à l'événement le plus stressant et/ou douloureux des 15 ou 20 dernières années de leur vie.

Cette thèse poursuit 2 objectifs principaux. Tout d'abord, il s'agira de décrire le plus finement possible la qualité de vie et le développement post-traumatique à long terme du cancer du sein en comparaison avec une population contrôle et d'examiner le lien entre ces deux variables. Ensuite, nous proposerons un modèle prédictif pour chacun de ces deux critères, dont on testera la spécificité par rapport à la population contrôle.

Nous avons organisé cette thèse comme suit, en trois parties.

La première propose une revue exhaustive de la littérature en rapport avec nos questions de recherche. Elle s'organise elle-même en trois chapitres. Après avoir introduit notre modèle théorique de référence, un premier chapitre fera l'état de l'art sur la qualité de vie et le développement post-traumatique après un cancer, ainsi que sur leurs prédicteurs sociodémographiques et médicaux. Le deuxième et le troisième chapitres porteront respectivement sur les variables de personnalité et transactionnelles, supposées prédictrices des deux issues.

La seconde partie exposera la méthodologie de la recherche avec une description du protocole de recherche, des deux échantillons (cancer et contrôle) et des outils de mesure.

Enfin, la troisième partie présentera les résultats en quatre études structurées sur le modèle des articles scientifiques internationaux en psychologie de la santé. Chacune de ces études comprendra donc une introduction rappelant l'essentiel des données théoriques qui nous permettront de formuler une question de recherche et des hypothèses, une description des méthodes statistiques ou qualitatives utilisées (la méthodologie commune à toutes les études ayant été décrite dans la partie précédente), une présentation des résultats, et une discussion de ces derniers au regard de la littérature et de nos hypothèses.

La première étude décrira la qualité de vie et le développement post-traumatique dans les deux populations. De plus, elle examinera le lien entre ces deux issues chez les femmes ayant eu le cancer. La seconde étude viendra suppléer la première par une approche qualitative du développement post-traumatique cancéreux, réalisée à partir de 28 entretiens

ouverts. Les troisième et quatrième études proposeront respectivement un modèle prédictif du développement post-traumatique et de la qualité de vie après le cancer. Afin de répondre à la question de savoir si ces modèles de prédiction sont spécifiques ou non aux femmes ayant eu le cancer, ils seront également mis à l'épreuve dans la population contrôle.

Cette thèse s'achèvera par une discussion générale sur l'ensemble de ce travail.

PARTIE I. Qualité de vie et développement post-traumatique : approche théorique

Introduction

Dans l'optique d'étudier la qualité de vie et le développement post-traumatique à long terme d'un cancer et de développer des modèles prédictifs de ces issues, il nous fallait un cadre conceptuel théorique de référence. Nous avons choisi le modèle intégratif de Bruchon-Schweitzer (2002) élaboré dans le cadre de la psychologie de la santé (Figure 1 ci-dessous).

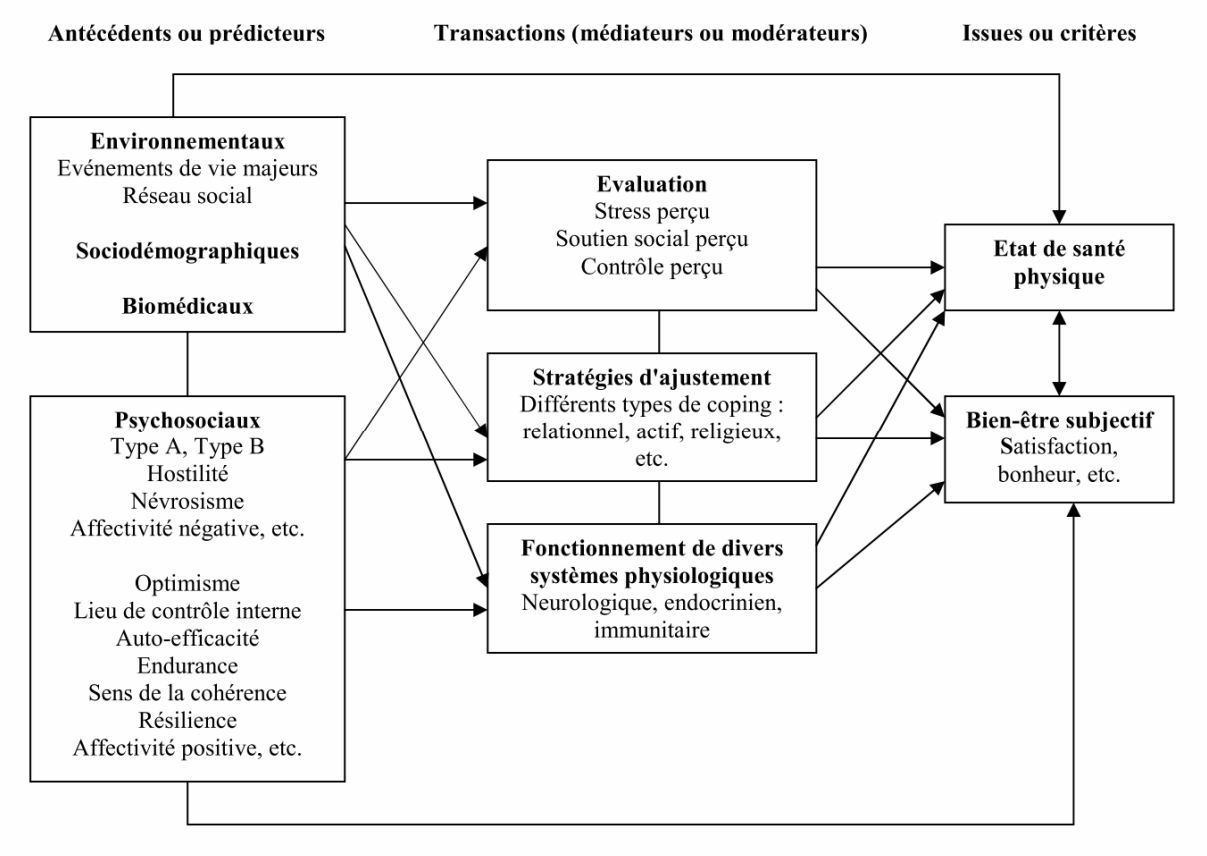


Figure 1 : Modèle intégratif en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Inspiré du modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984), il propose un cadre conceptuel pour prédire de multiples variables liées à la santé dans différents contextes. A droite de ce modèle, se trouvent les issues ou critères à prédire, c'est-à-dire les variables que l'on cherche à expliquer. A gauche, figurent les antécédents sociodémographiques, médicaux et de personnalité qui peuvent influencer les critères à prédire. Les variables présentes au

milieu sont les processus transactionnels qui modulent l'impact des antécédents sur les critères par des effets modérateurs ou bien médiateurs, effets qu'il est important de ne pas confondre (Wu & Zumbo, 2008). Les processus transactionnels représentent les efforts des individus pour s'ajuster à une situation aversive. Ils comportent deux phases. La première est une évaluation de la situation en termes de stress, de contrôle sur le problème et de soutien social. Il ne s'agit donc pas de facteurs objectifs de stress, contrôle et soutien social, mais de la perception de ces facteurs par un sujet. La seconde phase est constituée des réactions de l'individu qui essaie de faire face par différentes stratégies d'ajustement, appelées coping.

Ce modèle nous a paru adapté à notre problématique car d'une part, il prend en compte une diversité de facteurs (médicaux, de personnalité, d'évaluation, etc.), d'autre part, il est assez flexible pour pouvoir s'appliquer à diverses issues, et c'est pourquoi nous pensons qu'il sera utile pour la prédiction de la qualité de vie comme du développement post-traumatique à long terme d'un cancer.

L'approche théorique à venir suit en quelque sorte un découpage du modèle de la façon suivante. Le premier chapitre décrira les deux issues et leurs dépendances aux facteurs sociodémographiques et médicaux. Le second chapitre portera sur le rôle prédicteur des variables de personnalité, et le troisième sur l'impact des transactions sur les critères. Autant que faire se peut, nous essaierons tout au long de ces chapitres de faire état de la littérature ayant porté sur les effets médiateurs ou modérateurs des variables transactionnelles, bien qu'elle soit moins fournie que la littérature sur les effets directs de la personnalité et des transactions sur nos deux variables dépendantes.

Chapitre 1. Description de la qualité de vie et du développement post-traumatique en rémission d'un cancer du sein.

1. La qualité de vie

1.1 Introduction et définition

1.1.1. Définition conceptuelle

La qualité de vie est un concept en vogue depuis une vingtaine d'années, et dont les définitions sont nombreuses et variées (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Dow, Ferrell, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1996). De façon simple, la qualité de vie définit l'état général d'un individu à un moment donné. Certaines conceptions se centrent sur l'état objectif (conditions de vie, santé physique, etc.), d'autres sur l'état subjectif (ressenti de bien-être par exemple), tandis que certaines composantes (émotionnelle, fonctionnelle, spirituelle, économique, etc.) sont parfois mises en avant, ou au contraire délaissées.

Une définition intégrative souvent trouvée dans la littérature est celle de l'OMS (1993) pour qui la qualité de vie est "*un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement*". La qualité de vie comprend donc au moins trois dimensions : physique, psychologique et sociale. De plus en plus, les dimensions économiques / matérielles et spirituelles sont aussi prises en compte. Toutes ces dimensions sont le plus souvent évaluées à deux niveaux : le niveau de fonctionnement du sujet sur ces dimensions, ainsi que sa satisfaction par rapport à ce niveau de fonctionnement (Avis, Smith, McGraw, Smith, Petronis & Carver, 2005).

Dans le domaine de la santé, la qualité de vie nommée "qualité de vie liée à la santé" est apparue dans les années 1990, et s'attache aux composantes de la qualité de vie spécifiquement liées à la santé. La qualité de vie liée à la santé s'intéresse ainsi à l'impact des maladies ou des interventions de santé sur la vie quotidienne des patients de leur point de vue. Cependant, comme le fait remarquer Leplège (2008), il est sans doute illusoire de distinguer la qualité de vie générique de la qualité de vie liée à la santé, tant la santé et d'autres aspects de l'existence tels que facteurs psychologiques, habitudes de vie, relations aux autres, statut professionnel et revenus, sont intriqués. Finalement, différentes expressions – qualité de vie,

qualité de vie liée à la santé, santé perçue, santé subjective, bien-être, voire plus récemment Patient Reported Outcome (PRO) – sont utilisées de façon interchangeable pour désigner l'évaluation subjective faite par une personne de sa santé comprise dans un sens plus ou moins large (Ibid).

Il faut aussi noter que nombre de concepts, tels que l'anxiété, la dépression, l'humeur, le bonheur, la satisfaction de vie, etc., sont étroitement liés à la qualité de vie. Ainsi, bien que différents de la qualité de vie, l'évaluation de ces variables peut-être utile à définir la qualité de vie. Nous y ferons ainsi référence certaines fois dans la revue de la littérature proposée sur la qualité de vie, tout en précisant bien à chaque fois de quelle variable il s'agit.

1.1.2. Une illustration par les outils de mesure

Compte tenu du flou régnant autour de la définition conceptuelle de qualité de vie, une présentation sommaire de quelques outils d'évaluation de qualité de vie permettra d'illustrer ce à quoi renvoie cette notion.

Le MOS SF-36, acronyme de Medical Outcome Study Health Survey Short Form 36 items, est le questionnaire de qualité de vie liée à la santé le plus utilisé dans le monde (DREES, 2008). Il a été traduit en plus de 15 langues et comprend 36 questions réparties en huit dimensions que sont l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, la douleur physique, la vie relationnelle avec les autres, la santé psychique, les limitations dues à l'état psychologique, la vitalité et la santé perçue. Au-delà de ces huit dimensions, on peut également calculer deux scores globaux : une score composite physique et un score composite mental. Le SF-36 est un questionnaire généraliste qui peut être administré à des personnes souffrant de problèmes de santé comme à des sujets bien portants, ce qui permet des comparaisons entre populations saines et malades, et explique son succès en plus de ses qualités psychométriques.

A l'inverse, il existe de nombreux questionnaires spécifiques destinés à une population en particulier. En ce qui concerne la population cancéreuse, on peut citer entre autres le QOL-CS (Quality of Life- Cancer Suvivors), le FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy- General), le CARES-SF (Cancer Rehabilitation Evaluation System, Short Form), le QLQ-C30 (Quality of life Questionnaire- Cancer, Version 3.0), le QLACS (Quality of Life in Adult Cancer Survivors), etc. Ces questionnaires spécifiques au cancer évaluent la personne sur des domaines généraux (état physique, psychologique, social) et plus spécifiques au cancer tels que les relations aux médecins pour le FACT-G, la sexualité (souvent modifiée

par la maladie et les traitements) pour le CARES-SF, les nausées dues au traitement, la fatigue, l'état cognitif et la douleur pour le QLQ-C30, etc.

Un questionnaire récent et complet est par exemple le QLACS (Avis et al., 2005). Avec sept domaines dits génériques – sentiments positifs, sentiments négatifs, problèmes cognitifs, douleurs, sexualité, énergie, évitement social - et cinq domaines spécifiques au cancer -problèmes financiers entraînés par la maladie, les traitements ou les refus d'assurance dus au cancer, peur de la récidive, préoccupations liées à l'apparence physique, inquiétudes concernant le fait que d'autres membres de la famille puissent développer un cancer, bénéfices éventuels tirés de la maladie - ce questionnaire permet un bilan exhaustif de l'état d'une personne ayant eu le cancer. Pour une approche plus synthétique, il offre aussi deux scores globaux : un score de qualité de vie générique et un score de qualité de vie liée au cancer.

Enfin, si la plupart des chercheurs sont d'accord sur le caractère multidimensionnel de la qualité de vie, d'aucuns défendent toutefois une version unidimensionnelle (Leplège, 2008) qui peut alors s'évaluer globalement. Certains utilisent à cette fin une échelle de vie et/ou une échelle visuelle analogique (EVA ; Ashing-Giwa, Ganz, & Petersen, 1999 ; Foley, Farmer & Petronis, 2006 ; Paskett et al., 2008). Dans ces études, l'échelle de vie est graduée de 1 à 10, 1 représentant "la pire vie possible", et 10"la meilleure vie possible", le sujet devant situer sa qualité de vie actuelle dessus. L'EVA est un trait de 10 cm allant de 0 à 100 où 0 représente "la qualité de vie la plus basse possible", et 100 "la plus haute possible" ; le sujet devant se situer sur ce continuum.

Là encore, compte tenu du nombre de questionnaires de qualité de vie et de leurs dimensions et sous dimensions respectives (qualité de vie mentale, physique, etc.), un effort de précision s'impose. Dans la mesure du possible, on précisera ainsi dans la revue de question ci-dessous de quelle qualité de vie il s'agit (globale, physique, mentale), éventuellement à quelles sous dimensions les auteurs font référence, et aussi quels sont les outils de mesure de l'étude (échelle visuelle analogique, questionnaire validé, etc.).

1.1.3. Introduction à la revue de la littérature sur la qualité de vie

Comme le font remarquer Stein et al. (2008), il est extrêmement difficile d'établir une revue de question générique sur la qualité de vie après un cancer tant les échantillons fluctuent au niveau des variables sociodémographiques et médicales. Or, les effets de ces variables sur la qualité de vie, ainsi que les effets de leurs interactions sont largement établis (Le Corroller-Soriano, Bouhnik & Auquier, 2008a) et rendent difficile toute conclusion générale.

Compte tenu de ces informations, nous avons fait le choix d'aborder la question de la qualité de vie comme suit : d'une façon assez générale dans les parties suivantes ("*2. La qualité de vie à court terme après un cancer*" et "*3. La qualité de vie à long terme après un cancer du sein*") avant de prendre en compte systématiquement les effets des facteurs sociodémographiques ("*4. Impact des facteurs sociodémographiques*") et médicaux ("*5. Impact des facteurs médicaux sur la qualité de vie*), sur la qualité de vie.

1.2. La qualité de vie à court terme après un cancer

On peut décrire trois grandes périodes associées au cancer (American Cancer Society, 2008 ; Bloom, 2002 ; DREES, 2008) :

- la première année suivant le diagnostic, "*acute survival*" qui correspond au traitement et à ses effets secondaires ;
- la deuxième, troisième et quatrième année suivant le diagnostic, "*extended survival*" où les dysfonctionnements physiques et psychologiques restent prégnants, en sus de l'appréhension d'une rechute éventuelle encore tout à fait probable dans cette période ;
- les années suivantes ou "*permanent survival*" où l'on préférera pour une traduction française le terme de "rémission" plutôt que celui de "guérison" dans la mesure où on ne peut jamais exclure totalement l'éventualité d'une récidive dans le cas d'un cancer, même si la probabilité s'amoindrit significativement dans cette phase de rémission.

De façon classique, on considère ainsi qu'une personne est "guérie" ou en rémission de son cancer si elle n'a eu ni récidive ni autre cancer à 5 ans du diagnostic (American Cancer Society, 2008). Ce seuil des cinq ans est largement connu (Bloom, Stewart, Chang & Banks, 2004) et permet de poser la limite entre le court (à moins de 5 ans du diagnostic) et le long terme (à plus de 5 ans). Le milieu médical utilise également ce seuil des 5 ans et transmet ainsi aux patients l'idée d'une guérison à 5 ans du diagnostic.

A court terme après un cancer du sein, la qualité de vie évaluée par le SF-36 sur 864 femmes sans récidive reste tout à fait correcte, égale voire supérieure à celle d'une population appariée en âge, et en bonne santé (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz & Wyatt, 1998). Cependant, en comparaison d'une population contrôle, les femmes ayant eu le cancer

présentent beaucoup plus de symptômes physiques tels que douleurs (maux de têtes, douleurs articulaires), ankyloses musculaires, troubles mnésiques, et d'autres symptômes liés à la ménopause souvent provoquée par les traitements. De plus, on observe des problèmes sexuels chez les femmes ayant reçu une chimiothérapie et/ou chez celles de moins de 50 ans ménopausées par les traitements (Ganz et al., 1998 ; Takahashi & Kai, 2005). Malgré ces dysfonctionnements, les 8 dimensions du SF-36 restent équivalentes à celle de la population générale (Ganz et al., 1998). Au moins deux hypothèses pourraient expliquer ces résultats. La première est que, suite à un cancer comme suite à une maladie chronique, les personnes ont tendance à diminuer leurs attentes concernant leur santé, et la jugent donc subjectivement correcte malgré des dégradations objectives (Friedman et al., 2006 ; Leplège, 2008). La seconde est que les séquelles du cancer ne sont pas forcément plus invalidantes que d'autres soucis de santé de la population générale, notamment vieillissante, qui a d'ailleurs des difficultés à différencier les séquelles liées au cancer, de celles liées à d'autres problèmes de santé ou au vieillissement (Robb et al., 2007 ; Schroevers et al., 2006). Ces deux hypothèses ne sont, en outre, pas exclusives l'une de l'autre.

A l'inverse des résultats précédents, une enquête française d'envergure menée par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) et portant sur 4270 personnes (Le Corroler-Soriano, Malavolti & Mermilliod, 2006), révèle une qualité de vie fort dégradée à deux ans du diagnostic d'un cancer, avec cette fois tous types de cancers confondus. "*En se référant à l'échelle SF-36, respectivement 46% et 40% des patients atteints de cancer présentent, deux ans après le diagnostic, des scores de qualité de vie physique et mentale inférieurs aux vingt-cinquièmes percentiles de la population générale, de même sexe et de même âge*" (Ibid, p. 8). Les domaines les plus touchés sont les "limitations dues à l'état physique" ainsi que la "vitalité", le moins affecté étant "vie et relation avec les autres". A deux ans du diagnostic, les différences de qualité de vie par domaine ne sont pas fortement marquées entre les divers cancers (à l'exception du cancer du poumon qui se démarque négativement des autres ; Le Corroler-Soriano et al., 2006). La qualité de vie psychique après un cancer du sein est cependant légèrement plus dégradée que pour les autres cancers, tandis que les autres domaines de qualité de vie y seraient plutôt meilleurs par rapport aux autres localisations tumorales. La recherche d'envergure de Mehnert et Koch (2008), effectuée auprès de 1084 femmes allemandes se situant à une moyenne de 4 années d'un cancer du sein (de 18 mois à 6,5 ans du diagnostic), est concordante avec celle de la DRESS (Le Corroler-Soriano et al., 2006). Cette recherche utilisant le SF-8 (une version abrégée du SF-36) montre que, quel que soit l'âge, la qualité de vie des femmes en rémission est moins bonne que celle

de la population générale allemande dans tous les domaines du SF-8, à l'exception de deux domaines plutôt physiques qui se trouvent préservés, la "santé générale" et la "vitalité". Psychiquement, 26% de l'échantillon présente une comorbidité psychologique (anxiété et/ou dépression), et 12% de ces femmes révèle même un syndrome de stress post-traumatique (Mehnert & Koch, 2008).

Finalement, les résultats divergent sur la qualité de vie à court terme après un cancer, évaluée tantôt comme comparable à celle d'une population contrôle (Ganz et al., 1998), tantôt comme fortement dégradée par rapport à la population générale (DREES, 2006 ; Mehnert & Koch, 2008). Les écarts entre ces recherches pourraient s'expliquer par les deux raisons suivantes. D'une part, l'étude de la DREES (2006) considère tous types de cancers alors que celle de Ganz et al. (1998) uniquement le cancer du sein. D'autre part, elle évalue la qualité de vie précisément à deux ans du diagnostic, tandis que Ganz et al. (1998) l'évaluent de 1 à 5 ans, avec une moyenne à 3 ans du diagnostic. Or, on observe une évolution positive de la qualité de vie dans les 5 premières années suivant le diagnostic (Bloom et al., 2004 ; Helgeson et al., 2004 ; Holzner et al., 2001), ce qui pourrait expliquer les scores plus élevés de qualité de vie chez Ganz et al. (1998) par rapport à la DREES.

Pour pallier ces difficultés de comparaison, nous avons extrait les scores du SF-36 pour le cancer du sein dans le rapport de la DREES (2006). Le score physique est de 42/100 et le score mental de 43/100 (le questionnaire étant étalonné avec une moyenne de 50 et un écart-type de 10 ; plus les scores sont hauts, meilleure est la qualité de vie). Ces scores restent inférieurs à ceux obtenus chez Helgeson et al. (2004) à exactement deux ans du diagnostic (respectivement de 51/100 et de 48/100 pour les scores physique et mentaux). Les résultats de la DRESS (Le Corroler-Soriano et al., 2006) sont donc plus pessimistes que ceux d'autres études comparables américaines. Cette différence pourrait suggérer que la prise en charge médicale, sociale et psychologique du cancer serait peut-être meilleure aux Etats-Unis qu'en France, mais cela reste une simple hypothèse de notre part. On peut aussi penser que le niveau d'exigence des Américains par rapport à la qualité de vie est moindre que celui des Français. En tout état de cause, ce résultat reste étonnant.

Pour conclure, on pourra retenir que si les recherches divergent quant aux scores de qualité de vie à court terme après un cancer du sein, toutes se rejoignent en revanche sur les séquelles observées, dues à la maladie et à ses traitements. Ces séquelles recouvrent tout autant des problèmes spécifiques au cancer du sein, tels que douleurs au bras, dysfonctionnements sexuels, symptômes hormonaux, symptômes liés à la ménopause souvent

induite par les traitements (Bloom et al., 2004 ; Ganz et al. 1998), que de problèmes généraux, tels que fatigue et limitations physiques (DREES, 2006). Quantitativement et à court terme, les séquelles spécifiques décrites sont présentes chez plus de la moitié des femmes (Bloom et al., 2004), et les séquelles générales se retrouvent chez 75% des femmes (DREES, 2006).

En outre, la qualité de vie globale suit une évolution favorable pour 90% de la population entre le diagnostic et les 5 années qui suivent (Bloom et al., 2004 ; Helgeson et al. 2004 ; Holzner et al. 2001). Si on ne prend en compte que la qualité de vie physique (évaluée par le SF-36), seule 2% de la population voit une diminution de son état physique dans les 5 premières années (Helgeson et al., 2004). Il faut tout de même noter que l'évolution de la qualité de vie considérée au sens large, du diagnostic à 5 ans plus tard, est relativement stable pour la majorité de la population, que celle-ci soit appréhendée par la qualité de vie liée à la santé, la détresse psychologique, les affects positifs ou l'adaptation familiale, sociale et professionnelle (Bloom et al., 2004 ; Hack & Degner, 2004 ; Heim, Valach & Schaffner, 1997). Dès lors, les meilleurs prédicteurs des issues à court ou moyen terme sont incontestablement ces mêmes issues au moment du diagnostic et des traitements (Bloom et al., 2004 ; Bower et al., 2005 ; Carver et al., 2005 ; Golden-Kreuts et al., 2005 ; Grassi, Malacarne, Maestri & Ramelli, 1997 ; Hack & Degner, 2004 ; Lebel, Rosberger, Edgar & Devins, 2008 ; Osowiecki & Compas, 1999 ; Pinquart, Fröhlich & Silbereisen, 2007 ; Salsman, Segerstrom, Brechtin, Carlson & Andryowski, 2008 ; Schou, Ruland, Sandvik & Karesen, 2004 ; Schwarzer, Luszczynska, Boehmer, Taubert & Knoll, 2006 ; Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002).

Compte tenu de ces résultats, on peut s'attendre à une qualité de vie satisfaisante à long terme après un cancer du sein. Le paragraphe suivant a pour objet de faire un examen de la littérature sur cette question.

1.3. La qualité de vie à long terme après un cancer du sein

En guise d'introduction, on considérera des études sans population contrôle afin de se faire une première idée de la question, avant de passer en revue des recherches axées sur la comparaison de populations cancéreuses en rémission à long terme avec des populations contrôles.

1.3.1. Introduction : résultats d'études sans population contrôle

Globalement, la qualité de vie à long terme après un cancer du sein est tout à fait satisfaisante, qu'elle soit évaluée par le SF-36 (Casso, Buist & Taplin, 2004 ; Lewis et al., 2001), par le QOL-CS (Cimprich, Ronis & Martinez-Ramos, 2002 ; Dow et al., 1996), par le FACT-G (Dow et al., 1996) ou par des échelles visuelles analogiques (évaluation réalisée pour divers types de cancers ; Foley et al., 2006). De plus, à 5 ans du diagnostic, 92% des personnes interrogées par Bloom et al. (2004) jugent leur santé comme bonne ou excellente.

Au SF-36, les scores physiques et mentaux, en allant de 47 à 50 (Casso et al., 2004 ; Lewis et al., 2001), se situent exactement dans les normes des populations d'étalonnage où la moyenne est de 50 avec un écart-type de 10. Les scores globaux de 7.34/10 au QOL-CS (Cimprich et al., 2002) ou de 7.82/10 à une échelle de 0 à 10 (Ganz et al., 2002), parfaitement concordants avec celui de 73.5/100 à une échelle visuelle analogique (Foley et al., 2006) ou avec celui de 3.23/4 au FACT-G (Dow et al., 1996) attestent également d'un haut niveau de qualité de vie chez ces anciens malades. Dans l'échantillon de Paskett et al. (2008), 71% des femmes déclarent même une qualité de vie supérieure à 8 sur une échelle de 0 à 10. Pour synthétiser les trois résultats précédents, on pourra retenir que, à plus de 5 ans d'un diagnostic de cancer du sein, les femmes se situent à environ 75/100 sur une échelle de qualité de vie de 0 à 100, ce qui semble traduire une bonne qualité de vie perçue.

La qualité de vie globale à long terme après un cancer du sein est donc satisfaisante, ce qui est également la conclusion d'une synthèse de 10 recherches sur le sujet, effectuée par Mols, Vingerhoets, Coebergh et van de Poll-Franse (2005), et de la revue de la littérature de Bloom et al. (2007) effectuée sur 20 recherches réalisées de 1998 à 2006. Toutes les recherches sont concordantes : la qualité de vie globale à long terme après un cancer du sein est tout à fait correcte.

Malgré ce constat, ces études font état de séquelles, même des années après le diagnostic. Il n'existe pas une recherche qui ne mentionnerait pas de problèmes spécifiques rapportés à long terme par des femmes soignées pour un cancer du sein (Mols et al., 2005). De 5 à 10 ans après le diagnostic, plus d'une femme sur trois déclare des séquelles liées à son cancer ou à ses traitements (Casso et al., 2004 ; Porter et al., 2006). Cela signifie que dans la réalité, bien plus que le tiers des femmes présente des séquelles liées au cancer. En effet, il a été démontré que, plusieurs années après le diagnostic, nombre de personnes n'associent plus leurs problèmes au cancer, alors même qu'ils peuvent être liés à des effets persistants de la maladie et surtout des traitements comme la chimiothérapie ou l'hormonothérapie (Foley et al., 2006 ; Robb et al., 2007). Ceci est particulièrement vrai pour les personnes âgées qui ne

différencient pas aisément les effets du vieillissement de ceux de la maladie ancienne et des traitements (Robb et al., 2007 ; Schroevers et al., 2006).

Des séquelles sont donc présentes. Les plus rapportées sont liées à la sexualité, à des symptômes physiques et douleurs (notamment aux bras), à une fatigue chronique, à une prise de poids, à des troubles cognitifs (oublis et difficultés de concentration), ainsi qu'à des inquiétudes persistantes quant à une récidive et/ou quant à l'apparition d'un cancer chez un membre de la famille (Avis et al., 2005 ; Bloom et al., 2004 ; Casso et al., 2004 ; Dow et al., 1996 ; Ganz et al., 2003 ; Joly, Espié, Marty, & Henry-Amar, 2000 ; Mols et al., 2005 ; Porter et al., 2006 ; Stein et al., 2008). A en moyenne 9,6 ans du diagnostic (avec une étendue de 4 à 16 ans), 44% des femmes interrogées rapportent des séquelles (Joly et al., 2000). Ces séquelles sont les mêmes que celles décrites à court terme, le problème étant qu'on les retrouve à long terme ; l'étude de Dow et al. (1996) va par exemple jusqu'à 28 ans après le diagnostic. Détaillons-les quelque peu.

Au niveau physique, les ¾ des femmes diagnostiquées entre 40 et 49 se retrouveront sous ménopause et, parmi elles, seulement 22% par ménopause naturelle, les 78% restants par ménopause induite par les traitements (Bloom et al., 2004). Les symptômes hormonaux accompagnant cette ménopause (sécheresse vaginale, bouffées de chaleur, sueurs, troubles du sommeil) sont présents chez plus d'une femme sur deux (Bloom et al., 2004 ; Paskett et al., 2008). La sexualité devient plus difficile (Mols et al., 2005) autant par le manque de désir que par la sécheresse vaginale, tous deux provoqués par le traitement hormonal et la chimiothérapie (Broecket et al., 2002). Les douleurs physiques sont fréquentes chez ces femmes, notamment dans le bras du côté du sein opéré qui est souvent enflé, douloureux, musculairement raide et plus faible (Bloom et al., 2004 ; Dow et al., 1996 ; Fehlauer, Tribius, Mehnert & Rades, 2005 ; Mols et al., 2005). Ce symptôme est déclaré à long terme chez une femme sur deux et engendre parfois des douleurs à l'autre bras, obligé de compenser le premier. Un quart des femmes souffrent même d'un lymphodème (gonflement du bras dû à l'endommagement des vaisseaux lymphatiques par le curage axillaire ; Paskett et al., 2008). Le manque de vitalité est aussi prégnant, même des années après les traitements, et d'ailleurs la vitalité est un des domaines de qualité de vie les plus touchés à long terme (Avis et al., 2005 ; Dow et al., 1996). Enfin, au niveau psychologique, l'inquiétude de la récidive ou de l'apparition d'un autre cancer semble résister aux années, entraînant chez les sujets une attention particulière au moindre symptôme physique, et impactant ainsi négativement la qualité de vie (Avis et al., 2005 ; Bower et al., 2005 ; Dow et al., 1996). Plus de 5 ans après le diagnostic, la moitié des survivants déclare avoir des inquiétudes occasionnelles quant à une

récidive et un quart avoue même des inquiétudes régulières ou fréquentes (Bower et al., 2005 ; Schroevers et al., 2006). Parmi les divers aspects stressants du cancer à long terme (peur de l'avenir, limitations physiques et/ou du style de vie, soucis liés à l'apparence, douleurs, inconforts physiques, problèmes familiaux et/ou amicaux liés au cancer, tout autre problème), la peur de l'avenir due à l'incertitude liée au cancer est aussi le facteur évalué comme le plus stressant par les personnes en rémission (Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Lebel et al., 2008).

Un récapitulatif des données ci-dessus est proposé sous forme de tableau en annexe 2, page 356). Pour conclure, la littérature passée en revue ici est étonnante : comment peut-on expliquer des scores de qualité de vie aussi satisfaisants coexistant avec autant de séquelles ?

Trois hypothèses semblent possibles pour répondre à cette question :

- Tout d'abord, on peut penser que si cette qualité de vie est satisfaisante en valeur absolue, elle l'est peut-être moins comparativement à une population contrôle générale. C'est ce que nous allons examiner dans le paragraphe suivant.
- Ensuite, ce résultat d'une bonne qualité de vie est peut-être dû au fait que l'on considère ici la qualité de vie globale qui pourrait être la résultante de domaines très dégradés compensés par d'autres très préservés. C'est pourquoi dans les parties à venir, nous détaillerons plus précisément les divers domaines de qualité de vie.
- Enfin, comme cela a déjà été démontré, dans des maladies longues ou chroniques, certaines personnes s'adaptent à leurs nouvelles conditions de vie et séquelles, et estiment ainsi leur qualité de vie comme tout à fait correcte malgré des limitations physiques et/ou psychiques importantes, mais qu'elles considèrent normales du fait d'avoir été malades (Friedman et al., 2006 ; Leplège, 2008 ; Razavi, Delvaux & de Cock, 2002).

1.3.2. Comparaisons avec des populations contrôles

Les recherches sur la qualité de vie comprenant une population contrôle sont encore trop rares bien qu'essentielles (Mols et al., 2005 ; Tomich & Helgeson, 2002).

A première vue, la qualité de vie à long terme après un cancer du sein est équivalente à celle d'une population contrôle appariée sur le sexe et l'âge, sauf le plan physique, affaibli chez les femmes cancéreuses (Dorval et al., 1998b ; Helgeson & Tomich, 2005 ; Schroevers et al., 2006 ; Tomich & Helgeson, 2002). Dans l'échantillon d'Amir et Ramati (2002), 82% des survivantes ont une qualité de vie similaire à une population contrôle, les 18% restants, dont la qualité de vie est diminuée, correspondent aux personnes souffrant d'un syndrome de

stress post-traumatique suite à la maladie (Amir & Ramati, 2002). A 5 ans du diagnostic d'un cancer du sein, les scores de qualité de vie au SF-36 ne diffèrent significativement pas de ceux d'une population contrôle, à la seule exception du score de "fonctionnement physique" plus faible pour les femmes ayant eu le cancer (Helgeson & Tomich, 2005 ; Tomich & Helgeson, 2002). Ainsi, sur les 8 domaines de qualité de vie du SF-36, seul le fonctionnement physique est affaibli à long terme après un cancer du sein. Ces résultats sont confirmés à huit ans du diagnostic par une autre procédure d'évaluation (diverses questions posées par les auteurs), où seule la qualité de vie physique est significativement différente entre une population cancéreuse et une population contrôle, les autres domaines de qualité de vie évalués -statut fonctionnel, domaine psychologique, domaine social- étant similaires (Dorval et al., 1998b). Dans la même lignée, également à 8 ans d'un diagnostic de cancer (divers cancers, dont 53% de cancers du sein), on ne note aucune différence significative entre population cancéreuse et contrôle, ni au niveau psychologique (évalué ici par la dépression, l'anxiété, l'estime de soi, la satisfaction maritale et la satisfaction par rapport à la vie en général), ni au niveau du soutien social, tandis que les symptômes physiques sont significativement plus élevés chez les anciens malades (évalués par la Rotterdam Symptom Checklist ; Schroevers et al., 2006). Certaines recherches trouvent même des niveaux de qualité de vie supérieurs à la population générale. Dans la recherche de Gotay, Isaacs et Pagano (2004), la qualité de vie globale et mentale est meilleure que celle de la population générale, alors que dans d'autres travaux, c'est la "santé perçue" au SF-36 qui est meilleure après un cancer du sein que dans la population contrôle (Mehnert & Koch, 2008 ; Peuckmann et al., 2007). La sexualité reste en revanche un domaine touché par le cancer. En effet, même à 8 ans en moyenne du diagnostic (avec une étendue de 5 à 15 ans), il a été établi que les femmes soignées par chimiothérapie rapportaient encore une sexualité amoindrie (plus de difficultés fonctionnelles et moins de satisfaction) par rapport à une population contrôle appariée en âge (Broeckel, Thors, Jocobsen, Small & Cox, 2002 ; Dorval et al., 1998b).

Au premier abord, il semble donc que la qualité de vie des personnes à long terme d'un cancer soit similaire à celle d'une population contrôle, à l'exception de symptômes physiques et de la sexualité. Cependant, en regardant de plus près ces études, on réalise que la qualité de vie n'est en fait bonne que dans certaines conditions, sociodémographiques et médicales notamment, que nous proposons de passer en revue à présent.

1.4. Impact des facteurs sociodémographiques

1.4.1. L'âge

En 2000, l'âge médian d'incidence du cancer du sein était de 61 ans (Trétarre, Guizard, Fontaine, les membres du réseau Francim et le CépiDc-Inserm, 2004). Une femme sur deux a donc moins de 61 ans lors du son diagnostic, une sur quatre moins de 50 ans (Bloom et al., 2004) et les taux d'incidence les plus forts se situent entre 55 et 80 ans, avec plus de 300 cas pour 100 000 femmes par an dans cette tranche d'âge (Ibid ; Figure 1 ci-dessous).

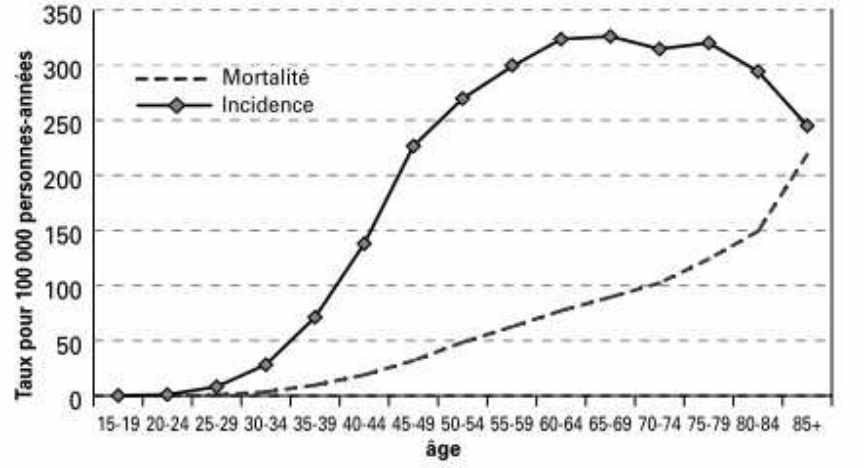


Figure 2 : Incidence et mortalité du cancer du sein estimées par âge pour l'année 2000 chez les femmes en France (Trétarre, Guizard, Fontaine, les membres du réseau Francim et le CépiDc-Inserm, 2004, p. 209).

Dans cette partie, on se pose la question de l'impact de l'âge sur la qualité de vie après un cancer du sein. Intuitivement, on peut penser que la rémission à la maladie se vit différemment à la fois physiquement et mentalement selon ce critère.

1.4.1.1. Age et qualité de vie mentale

A quelques heures d'une biopsie du sein, les femmes les plus stressées par le résultat sont les plus jeunes (Stanton & Snider, 1993). Dans les études à court terme après le diagnostic, l'âge semble avoir un effet protecteur sur la qualité de vie mentale. Le score composite de qualité de vie mentale augmente significativement avec l'âge (Helgeson et al., 2004 ; Le Corroller-Soriano et al., 2008a ; McCaul, Sandgren, King, O'Donnell, Branstetter & Foreman, 1999). De la même façon, le domaine "santé mentale" du SF-36 ainsi que la composante émotionnelle du FACIT-G montrent une amélioration significative avec l'âge (Friedman et al., 2006 ; Ganz et al., 1998 ; Le Corroller-Soriano, Bouhnik & Auquier, 2008a).

Toujours au SF-36, mais cette fois à 5 ans du diagnostic, l'âge reste corrélé à une meilleure qualité de vie mentale et à moins d'affects négatifs (Tomich & Helgeson, 2002). Bloom et al. (2007) aboutissent à la même conclusion à partir d'une revue de question réalisée sur 16 études de qualité de vie à plus de 5 ans du diagnostic d'un cancer du sein. Chez les jeunes femmes, la qualité de vie mentale est donc amoindrie comme le confirment Ganz et al. (2003) sur une population de moins de 50 ans.

L'âge est également bénéfique sur d'autres issues. Par exemple, à moins de deux ans d'un cancer du sein, les femmes de plus de 48 ans sont plus susceptibles que celles de moins de 48 ans de développer un bien-être spirituel suite à la maladie (la césure a été choisie à 48 ans, l'âge moyen de la périménopause, phase des premiers symptômes de la ménopause à venir ; Manning-Walsh, 2005). A court terme après un cancer, l'âge est positivement corrélé au bien-être psychologique (Ell, Mantell, Hamovitch & Nishimot., 1989). L'âge protège aussi du syndrome de stress post-traumatique lié au cancer (caractérisé par l'hypervigilance, des pensées intrusives et l'évitement ; Cordova et al., 2007 ; Deimling, Kahana, Bowman & Schaefer, 2002) comme de la détresse psychologique générale évaluée par l'anxiété, l'hostilité et la dépression (Carver et al., 1993 ; Deimling et al., 2002 ; Ell et al., 1989 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Stanton et al., 2000). Pourtant, en régressions multiples, l'âge au diagnostic n'est plus lié, ni à la détresse émotionnelle, ni au syndrome post-traumatique évalués à 6 ans du diagnostic (Lebel et al., 2008). L'âge est tout de même associé à moins de temps à penser au cancer (Tomich & Helgeson, 2002 ; Foley et al., 2006), ainsi qu'à moins de nocivité perçue de cette expérience (Cordova et al., 2007 ; Friedman et al., 2006 ; Stanton et al., 2002 ; Tomich & Helgeson, 2002). En 2008, Mehnert et Koch confirment les résultats de Deimling et al. (2002) sur 1083 femmes allemandes à la différence notable que dans leur étude, l'âge prédit plus de dépression. En ce qui concerne la dépression, d'autres études vont dans ce sens. Par exemple, les survivantes au cancer de plus de 70 ans ont plus d'humeurs dépressives, moins de satisfaction à la vie et moins de spiritualité qu'une population contrôle appariée (Robb et al., 2007), et montrent une augmentation de la dépression avec l'âge (Perkins et al., 1997). Ainsi, il semblerait que l'âge protège des effets du cancer, mais peut-être pas des effets de la vieillesse en général, ce qui expliquerait pourquoi les femmes d'un certain âge sont moins impactées que les plus jeunes par la maladie, tout en présentant des taux de dépression qui augmentent avec l'âge.

Globalement, les patientes d'un certain âge en rémission se portent donc mentalement mieux par rapport au cancer que les plus jeunes, qui sont d'ailleurs les plus nombreuses à faire

une demande de prise en charge psychologique suite à la maladie (Le Corroler-Soriano et al., 2006 ; Mehnert & Koch, 2008). On peut faire ici un lien avec les études ayant trait aux changements psychologiques après un cancer. Le cancer du sein a plus d'impact à long terme sur les jeunes femmes que sur les plus âgées, et cela à la fois positivement et négativement (Bower et al., 2005 ; Ganz et al., 2002). Les jeunes tirent à la fois plus de bénéfices de cette expérience (qui leur permet notamment d'avoir un autre regard sur la vie), mais développent aussi davantage un sentiment de vulnérabilité (peur de la récidive, préoccupations corporelles) que les plus âgées, la corrélation entre ces deux types de changements étant significative ($r=.29$, $p<.0001$; Bower et al., 2005). Blank et Bellizzi (2008) trouvent exactement le même résultat chez des hommes avec le cancer de la prostate. Ce sont aussi les conclusions d'une étude qualitative sur 58 personnes ayant eu différents cancers, où les plus de 65 ans déclarent le cancer comme une maladie faisant partie du vieillissement et comparable à d'autres épreuves, tandis qu'elle représente un véritable bouleversement chez les plus jeunes (Foley et al., 2006).

Ainsi, si le cancer provoque moins de changements avec l'âge, on comprend que la qualité de vie mentale s'en trouve préservée. En outre, l'âge avancé offre une perspective de vie plus courte, moins d'engagements dans différents rôles sociaux, plus de comorbidités, autant d'éléments qui peuvent atténuer l'impact psychologique du cancer et donc préserver la qualité de vie mentale (Ibid). On peut aussi évoquer l'impact financier du cancer du sein et de ses traitements, qui a été démontré plus lourd et difficile à gérer chez les jeunes femmes que chez les autres (Carver et al., 2006 ; Fehlauer et al., 2005), ce qui a des répercussions sur la qualité de vie mentale par le stress et les complications matérielles engendrées. Enfin, les femmes de moins de 50 ans au diagnostic sont celles qui subissent les traitements les plus lourds (chimiothérapie, radiothérapie, ménopause induite ; Bloom et al., 2004 ; Kroenke et al., 2004 ; Le Corroller-Soriano et al., 2008a) dont les effets délétères sur la sexualité sont largement connus (Ahles et al., 2005 ; Broeckel et al., 2002 ; Casso et al., 2004 ; Ganz et al., 1998 ; Stein et al., 2008). Ainsi, les difficultés sexuelles chez les moins de 50 ans au diagnostic ont souvent été mises en évidence (Bloom et al., 2004 ; Casso et al., 2004 ; Cimprich et al., 2002 ; Ganz et al., 1998 ; Takahashi & Kai, 2005) et contribuent à la dégradation de la qualité de vie mentale de ces femmes (Bloom et al., 2007).

Pour conclure, on retiendra l'aspect protecteur de l'âge sur la qualité de vie mentale en rémission d'un cancer du sein.

1.4.1.2. Age et qualité de vie physique

Dans les études sur la rémission à court terme, et contrairement à la qualité de vie mentale, la qualité de vie physique diminue avec l'âge. Au SF-36, le score composite physique chute significativement en fonction de l'âge dans l'échantillon national français de la DRESS (2008) de plus de 4000 personnes ayant eu le cancer (Le Corroller et al., 2008a). On note également la détérioration avec l'âge des domaines d'activités physiques, de santé perçue, de douleur physique (Ibid.), ainsi que plus de limitations dues à l'état physique (également au SF-36 ; Ganz et al., 1998). Dans l'étude longitudinale de Golden-Kreutz et al. (2005), parmi les variables sociodémographiques et médicales, c'est l'âge au diagnostic qui prédit le plus la qualité de vie physique au SF-36 évaluée à un an du diagnostic. Dans l'étude longitudinale de Helgeson et al. (2004), allant de 4 mois à 4 ans après le diagnostic de cancer du sein, parmi toutes les variables prises en compte (sociodémographiques, médicales et psychologiques), c'est encore l'âge au diagnostic qui explique le mieux les différences de qualité de vie physique observées à l'intérieur de l'échantillon dans le sens décrit précédemment. Même constat pour Tomich et Helgeson (2002), qui notent à 5 ans du diagnostic une corrélation négative significative entre l'âge et les capacités physiques au SF-36. A court terme d'un cancer du sein, McCaul et al. (1999) trouvent cependant que l'âge est inversement corrélé avec la fatigue, les jeunes femmes étant les plus fatiguées. A l'exception de ce résultat, à court terme d'un cancer, l'âge semble délétère sur la qualité de vie physique.

A plus long terme (à au moins 5 ans du diagnostic), et toujours en rémission du cancer du sein, il est encore établi que la qualité de vie physique des femmes de plus de 65 ans est significativement moins bonne que celle des moins de 65 ans (Cimprich et al., 2002 ; Fehlauer et al., 2005). Les premières rapportent plus de douleurs, de fatigue, de problèmes de sommeil et intestinaux (Cimprich et al., 2002). Les symptômes liés au bras du côté du sein opéré sont également plus présents chez elles (Fehlauer et al., 2005). L'âge est donc incontestablement un prédicteur de la qualité de vie physique dans les analyses multivariées, et ce résultat reste valable sur plusieurs types de cancers (Gotay et al., 2004). Dans un modèle de régressions comprenant les variables sociodémographiques et médicales habituelles comme variables indépendantes, l'âge au diagnostic est d'ailleurs la variable qui explique la part de variance la plus importante de la qualité de vie physique (β=1.738, $p<.038$, R^2=.203 ; Cimprich et al., 2002). La récente revue de question de Stein, Syrjala et Andrykowski (2008) conclut dans la même lignée que, parmi les variables démographiques, l'âge est l'un des plus hauts facteurs de risque des symptômes physiques associés au cancer du sein (fatigue,

problèmes musculaires entre autres) responsables d'un affaiblissement de la qualité de vie physique.

De ce paragraphe, on retiendra que la littérature est unanime sur l'impact négatif de l'âge sur la qualité de vie physique en rémission du cancer du sein, à court comme à long terme.

1.4.1.3. Conclusion : qualité de vie par âge par rapport à une population contrôle

Pour synthétiser, la qualité de vie physique diminue avec l'âge tandis que la qualité de vie mentale s'améliore. Aussi, si on essaie de mettre en relation le score global de qualité de vie avec l'âge, on risque de ne trouver aucun lien, comme dans l'étude de Ashing-Giwa et al. (1999), ou dans la revue de question de Mols et al. (2005). Lorsqu'on s'intéresse aux prédicteurs de qualité de vie, il est ainsi souvent préférable de considérer les différents aspects de cette dernière plutôt que sa globalité (Carver et al., 2006).

La recherche de Cimprich et al. (2002) est une autre façon de résumer la littérature sur la rémission en fonction de l'âge. Ils définissent trois groupes de femmes à long terme après un cancer du sein en fonction de leur âge au diagnostic –moins de 44 ans, de 45 à 65 ans, plus de 65 ans- et les comparent entre eux. Le groupe des plus âgées a la qualité de vie physique la plus mauvaise des trois groupes, le groupe le plus jeune la qualité de vie sociale la plus mauvaise, et le groupe du milieu est finalement le plus protégé avec une qualité de vie physique et globale meilleure que celle des deux autres groupes.

Ayant examiné les variations de qualité de vie selon l'âge en rémission, comparons à présent, par tranche d'âge, la qualité de vie des personnes guéries par rapport à une population contrôle non cancéreuse.

A deux ans du diagnostic, quel que soit l'âge, la qualité de vie mentale des patientes est significativement inférieure à la population générale (Le Corroller et al., 2008a). C'est aussi vrai pour la qualité de vie physique, sauf pour les plus de 66 ans où la différence n'existe plus entre population contrôle et cancéreuse. A deux ans du diagnostic, l'impact du cancer est donc fort physiquement et mentalement quel que soit l'âge, sauf chez les femmes de plus de 66 ans dont la qualité de vie physique n'est pas plus dégradée que dans la population générale. L'étude de Kroenke et al. (2004) portant sur 1082 femmes à moins de deux ans du diagnostic confirme et complète ces données de façon intéressante. Elle montre par régressions logistiques que sur une période de 4 ans, par rapport à une population contrôle, les femmes

ayant eu un cancer du sein à moins de 40 ans ont de fortes chances de voir leur qualité de vie diminuer sur cette période (surtout sur les dimensions physiques ainsi qu'au niveau social), mais que ceci est déjà moins probable chez les femmes de 41 à 64 ans, et que ce n'est quasiment plus le cas chez les femmes de plus de 65 ans. Autrement dit, ce sont les femmes jeunes qui souffrent le plus d'une diminution de leur qualité de vie due au cancer, notamment sur les dimensions physiques du SF-36, à l'exception de la "vitalité" qui reste préservée même chez les plus jeunes.

A long terme, (de 5 à 15 ans du diagnostic), l'âge a aussi un effet. Au SF-36, les personnes de moins de 50 ans à l'enquête (donc de moins de 45 ans au diagnostic) ont des scores inférieurs à une population contrôle appariée dans tous les domaines, sauf pour la "vitalité", les "limitations dues à l'état physique" (Paskett et al., 2008) et la "douleur" (Peuckmann et al., 2007) similaires à la population contrôle. Autrement dit, chez les moins de 50 ans à l'enquête, la qualité de vie est moins bonne, sauf pour quelques domaines d'ordre physique. A l'inverse, les plus de 60 ans à l'enquête (c'est-à-dire celles qui avaient plus de 45 ans au diagnostic) affichent une qualité de vie supérieure à la population contrôle dans tous les domaines (Paskett et al. 2008), sauf celui de la santé mentale légèrement inférieure chez les survivantes (Peuckmann et al., 2007).

On peut résumer toutes ces données de la façon schématique suivante. Considérons trois femmes d'âge différent ayant un cancer du sein. A court terme après le diagnostic (moins de cinq ans), les trois auront une qualité de vie inférieure à la population générale, mais c'est la plus jeune qui verra sa qualité de vie diminuer le plus. A long terme (à plus de cinq ans du diagnostic), la plus jeune femme restera dans cette situation, celle du milieu rattrapera et même dépassera la population contrôle sur certains domaines, tandis que la plus âgée exhibera une qualité de vie égale voire supérieure à la population contrôle sur presque tous les domaines. Finalement, ce sont les femmes les plus jeunes qui gardent le plus des séquelles du cancer, notamment sur le plan psychique et social. Les plus âgées auraient, quant à elles, une meilleure qualité de vie que la population contrôle. Cela ne signifie pas forcément qu'elles ne gardent pas de séquelles du cancer, mais ces séquelles étant minimes par rapport aux multiples problèmes accompagnant parfois le vieillissement (comorbidité, perte du conjoint, isolement, etc. ; Foley et al., 2006), leur qualité de vie ne s'en trouve pas affaiblie.

Pour clore sur l'âge, dans la plupart des études, deux points sont à retenir à long terme après un cancer du sein :

- la qualité de vie physique diminue avec l'âge au diagnostic (et donc en rémission), tandis que la qualité de vie mentale s'améliore.
- la qualité de vie globale est comparable à celle d'une population contrôle, sauf chez les moins de 45 ans au diagnostic qui restent affaiblies par leur cancer, notamment sexuellement et mentalement.

1.4.2. Les revenus

Les études prenant en compte les revenus mettent en évidence leurs effets sur la qualité de vie chez les femmes en rémission du cancer du sein. Les revenus sont liés à la qualité de vie globale dans de nombreuses analyses multivariées incorporant d'autres variables sociodémographiques et médicales (Ashing-Giwa et al., 1999 ; Casso et al., 2004 ; Morrill et al., 2008 ; Ganz et al., 2002 ; Kobayashi et al., 2008). Un salaire élevé est associé à une meilleure qualité de vie physique, mentale, ainsi qu'à un meilleur fonctionnement cognitif (Casso et al., 2004 ; Kobayashi et al., 2008) ; il prédit aussi moins de symptômes dépressifs à court terme après le cancer du sein (Morill et al., 2008). A deux ans du diagnostic, l'étude de la DRESS (2008) est intéressante car elle nuance ces résultats selon l'âge : les revenus n'améliorent la qualité de vie mentale que chez les 50-65 ans, tandis qu'ils n'améliorent la qualité de vie physique que chez les plus de 50 ans mais sans seuil à 65 ans (Le Corroller-Soriano et al., 2008a). Ces résultats sont d'ailleurs cohérents avec une étude sur des femmes de moins de 50 ans où les revenus dans cette tranche d'âge ne sont pas liés à la qualité de vie globale (Ganz et al., 2003). Ils sont aussi cohérents avec les travaux de Efklides, Kalaitzidou et Chankin (2003) montrant que parmi de nombreux indicateurs de qualité de vie subjective chez des personnes âgées (affectivité, bonheur, bien-être subjectif, satisfaction de la vie, adaptation à la vieillesse, etc.), les revenus ne sont corrélés qu'avec l'adaptation à la vieillesse (dans le sens positif) ; l'impact des revenus sur la qualité de vie mentale chez les personnes âgées est donc limité (Efklides et al., 2003).

A la nuance près que les revenus peuvent interagir avec l'âge, l'impact positif d'un salaire élevé sur la qualité de vie fait tout de même consensus dans la littérature, comme l'attestent d'ailleurs les deux revues de question d'envergure que sont celle de Mols et al. (2005) sur le cancer du sein, ou plus récemment celle de Stein et al. (2008) sur toutes sortes de cancers.

1.4.3. Le niveau d'études

Le niveau d'études semble protecteur de la qualité de vie mentale et de l'ajustement psychologique au cancer (Stein et al., 2008). Quelques heures après le diagnostic d'un cancer du sein, le niveau d'études prédit en régressions hiérarchiques significativement plus d'humeur positive et moins d'humeur négative (Stanton & Snider, 1993). Pourtant, également au diagnostic du cancer du sein, le niveau d'études des femmes s'accompagne d'une qualité de vie sociale plus pauvre, ainsi que de plus de douleur (McCaul et al., 1999). A trois mois d'un diagnostic de cancer (divers cancers), en régressions pas à pas, le niveau d'études est la seule variable démographique prédictrice d'un ajustement positif à la maladie (Jenkins & Pargament, 1988). A deux ans du diagnostic, un diplôme supérieur au bac par rapport à un diplôme inférieur, ou pas de diplôme, prédit une meilleure qualité de vie mentale, quel que soit l'âge, dans l'échantillon conséquent de la DRESS (2008) sur le cancer du sein (Le Corroller-Seriano et al., 2008a). A long terme, un niveau d'études avancé prédit moins de symptômes dépressifs (Carver et al., 2005 ; Casso et al., 2004 ; Morrill et al., 2008 ; Mehnert & Koch, 2005), ainsi que moins de symptômes post-traumatiques (Morrill et al., 2008 ; Mehnert & Koch, 2005). Le niveau d'études prédit aussi une meilleure "santé perçue" au SF-36 (Ganz et al., 2003), moins de dysfonctionnements fonctionnels (Stein et al., 2008), une meilleure qualité de vie physique chez les plus de 50 ans (à deux ans du diagnostic ; Le Corroller-Soriano et al., 2008a) et moins de problèmes financiers (Carver et al., 2006). Dans une étude nationale danoise portant sur 2000 femmes, Peuckmann et al. (2007) trouvent même qu'une durée d'études longue (plus de 13 ans) prédit de meilleurs scores à tous les domaines du SF-36 par rapport à une durée d'études plus courte (moins de 10 ans), à l'exception de la "vie sociale". Dans une population tout venant de personnes âgées de 63 à 100 ans, le niveau d'éducation est aussi corrélé positivement aux affects positifs et au contrôle émotionnel, et négativement aux affects négatifs (Efklides et al., 2003).

L'aspect protecteur du niveau d'études par rapport à la maladie est sans doute dû au fait que les personnes plus diplômées posent plus de questions à leurs médecins, comprennent mieux les informations données, en cherchent également plus par leurs propres moyens et, ce faisant, ont une vision plus réaliste des traitements et de leurs effets à long terme, et donc moins de surprises et de déceptions par la suite (Stein et al., 2008). A l'inverse, cette perception réaliste de la maladie, de ses traitements et de ses effets à long terme par les plus diplômés pourrait jouer en défaveur des personnes à moins bons pronostics, qui percevraient plus que les autres, la gravité de la situation. Ceci expliquerait alors pourquoi Gotay et al. (2004) trouvent dans leurs régressions une relation négative entre le niveau d'études et le

fonctionnement émotionnel. Leur échantillon de 322 personnes comprend en effet toutes sortes de cancers, dont la moitié à mauvais pronostic initial qu'ils intitulent "survivants extraordinaires". De la même façon, mais cette fois sur le cancer du sein uniquement, dans leurs analyses multivariées, Cimprich et al. (2002) constatent que le niveau d'études aurait tendance à être associé à une moins bonne qualité de vie globale (β=-0.187, p<.054). Là encore, une partie de l'échantillon était de mauvais pronostic puisque 58% de ces femmes avaient subi une mastectomie.

Malgré une hypothétique interaction avec la gravité du pronostic, on retiendra dans l'ensemble l'aspect protecteur du niveau d'études sur la qualité de vie, notamment mentale, des femmes en rémission à long terme d'un cancer du sein.

1.4.4. Le statut conjugal

Longitudinalement, être avec quelqu'un au diagnostic d'un cancer du sein (mariée ou à un autre statut) est bénéfique pour la qualité de vie mentale et sociale évaluées avec le QLACS 5 à 13 ans plus tard (Carver et al., 2005, 2006). Dans des régressions prenant en compte des variables sociodémographiques, médicales et psychologiques, le statut conjugal diminue les sentiments négatifs, l'évitement social, la peur de la récidive, et augmente les sentiments positifs. Son impact est donc significatif ($p<0.05$) sur 4 des 12 domaines du QLACS (Carver et al., 2006). Ces résultats confirment ceux des mêmes auteurs une année auparavant (Carver et al., 2005), qui démontraient avec d'autres outils le bénéfice du statut conjugal sur la détresse émotionnelle, la dépression et l'évitement social. Transversalement et à long terme après le diagnostic, être avec quelqu'un augmenterait aussi la qualité de vie physique (Cimprich et al., 2002 ; Gotay et al., 2004) et globale, mesurée de différentes façons (respectivement par le score global à la CARES, une échelle de qualité de vie de 0 à 10, une question du QLQ-C30 ; Ashing-Giwa et al., 1999 ; Ganz et al., 2003 ; Gotay et al., 2004). Une recherche montre même que le statut conjugal aurait un effet sur les huit dimensions du SF-36 (Peuckmann et al., 2007). Chez des personnes âgées tout venant, les personnes mariées rapportent plus d'affects positifs et une meilleure adaptation au vieillissement, mais pas moins d'affects négatifs que les célibataires (Efklides et al., 2003). Seule une récente étude japonaise montre un lien négatif entre le fait d'être marié et le fonctionnement émotionnel et cognitif (Kobayashi et al., 2008). Cela étant, cette recherche se différencie de celles citées précédemment par les trois points suivants : l'étude est japonaise et non américaine ou européenne (or l'amplitude des journées de travail au Japon étant très grande, on peut faire

l'hypothèse que les relations au conjoint en pâtissent, ce qui expliquerait le lien négatif avec le fonctionnement émotionnel), la variable a trait spécifiquement au mariage (et non au fait d'être seule ou avec quelqu'un), et il ne s'agit ici que de corrélations et non de coefficients de régressions comme dans tous les résultats décrits précédemment.

Ne pas être seule au diagnostic et/ou en rémission est donc un facteur protecteur de qualité de vie. Seule l'étude de McCaul et al. (1999) montre que, au diagnostic de leur cancer du sein, les femmes mariées affichent une qualité de vie inférieure à celles qui ne le sont pas. On notera que ce qui semble protecteur est bien d'être avec quelqu'un, et non d'être marié (Kobayashi et al., 2008) ou d'habiter avec quelqu'un. Ashing-Giwa et al. (1999) démontrent en effet que si être avec quelqu'un augmente significativement la qualité de vie globale, habiter avec cette personne n'ajoute que très peu de variance au modèle (moins d'1%). A deux ans du diagnostic, Le Corroller-Soriano et al. (2008a) ne trouvent d'ailleurs aucune différence significative de qualité de vie mentale et physique entre des femmes vivant en couple et celles vivant seules. A une moyenne de deux ans du diagnostic, mais sur une étendue plus large de temps (allant jusqu'à 14 ans du diagnostic), Friedman et al. (2006) ne trouvent pas non plus de différence de qualité de vie entre des femmes mariées et non mariées. Ils font aussi l'hypothèse logique et intéressante que, plus que le statut marital, c'est sans doute la qualité de la relation au conjoint qui doit impacter la qualité de vie. Or, il est vrai que dans la littérature, cette variable n'est jamais prise en compte en tant que telle.

Dans la plupart des cas, être avec quelqu'un semble être un facteur bénéfique au diagnostic ou en rémission d'un cancer du sein.

1.4.5. Le statut professionnel

A court comme à long terme, l'activité professionnelle (versus pas d'activité professionnelle) est associée à un meilleur fonctionnement physique, mais non aux autres aspects de la qualité de vie (Kobayashi et al., 2008 ; Lewis et al., 2001). Ceci se confirme dans l'étude longitudinale de Bloom et al. (2004) où l'activité professionnelle, au moins à temps partiel, prédit une évolution favorable de la qualité de vie physique (mais non mentale) du diagnostic aux 5 années suivantes chez les femmes de moins de 50 ans. Transversalement et à long terme (de 5 à 10 ans du diagnostic), la qualité de vie physique au SF-36 semble d'ailleurs légèrement meilleure chez les femmes qui travaillent que chez les autres (49,7 contre 46.3, le taux de significativité n'est hélas pas donné, ces valeurs étant issues de la description démographique de l'échantillon ; Casso et al., 2004). A l'exception peut-être du

domaine physique, l'activité professionnelle ne paraît pas impacter la qualité de vie à long terme. En effet, dans des analyses multivariées, le fait de travailler au diagnostic ne prédit, 5 à 13 ans plus tard, ni la détresse émotionnelle, ni la dépression, ni la qualité de vie globale (Carver et al., 2005), ni aucune des 12 dimensions de qualité de vie du QLACS (Carver et al., 2006). Transversalement à 6 ans du diagnostic, l'activité professionnelle (versus pas d'activité) n'est ainsi liée ni à la qualité de vie évaluée sur une échelle de 1 à 10, ni au domaine de "santé perçue" du SF-36 chez des femmes de moins de 50 ans (Ganz et al., 2003).

Plus que le fait de travailler ou non, c'est la perte d'emploi (ou la réduction de son temps de travail) qui influence véritablement la qualité de vie. Dans une recherche qualitative sur 26 personnes atteintes de toutes sortes de cancers, Rasmussen et al. (2008) rapportent que, revenir à son activité professionnelle antérieure est fondamental pour les personnes en rémission, car associé, à la fois pour elles comme pour la société, à une vie et à une santé normales, ainsi qu'à un retour aux conditions antérieures à la maladie. Perdre son emploi est d'ailleurs corrélé négativement à la qualité de vie globale au QLQ-30 ainsi qu'à toutes ses dimensions (physique, émotionnelle, sociale, cognitive ; Kobayashi et al., 2008). La perte d'emploi est aussi liée à plus de fatigue et à moins de spiritualité (Ibid).

1.4.6. L'appartenance ethnique

Certaines études américaines explorent l'effet de l'appartenance ethnique sur la qualité de vie ou d'autres indicateurs d'ajustement après le cancer du sein. Dans les échantillons américains, on trouve en effet une proportion suffisante de minorités pour pouvoir effectuer les calculs statistiques adéquats. Dans leurs recherches américaines, Carver et al. (2005, 2006) comptent 70% de femmes blanches non hispaniques, 20% d'hispaniques et 10% d'afro-américaines. En régressions simultanées incluant variables sociodémographiques et médicales, être hispanique (par rapport à être blanche ou afro-américaine) aurait tendance à prédire plus de dépression (β=.14, $p<0.07$) 5 à 13 ans après le cancer du sein (Carver et al., 2005), et est significativement associé à plus de sentiments négatifs, d'évitement social, de peur de récidive, et d'inquiétudes quant au développement d'un cancer par un des membres de la famille (Carver et al., 2006). Pour autant, on ne note aucun lien entre ethnie et qualité de vie globale (Carver et al., 2005 ; Ganz et al., 2003 ; Friedman et al., 2006). Etre afro-américaine prédirait en revanche une meilleure qualité de vie perçue (β=0.53, $p<.01$; Ganz et al., 2003). Dans une étude hawaïenne sur divers cancers, une fois encore, si l'ethnie intervient sur la dépression (dans le sens où être japonais ou philippin prédit moins de dépression que

d'être hawaïen), son effet est inexistant sur la qualité de vie (Gotay et al., 2004). Longitudinalement et à court terme, la variable ethnique ne prédit pas l'évolution de la qualité de vie physique et mentale au SF-36 (Bloom et al., 2004). Transversalement et à long terme, les deux scores composites au SF-36 sont d'ailleurs similaires entre des caucasiennes et des non caucasiennes (Casso et al., 2004).

L'étude américaine de Ashing-Giwa et al. (1999) nous servira de conclusion sur la question ethnique. Cette recherche à plus de 5 ans d'un cancer du sein, compare la qualité de vie de 117 femmes afro-américaines à celle de 161 femmes blanches. A une échelle de qualité de vie de 0 à 10, les scores des deux groupes sont équivalents (7.9 pour les afro-américaines et 7.6 pour les blanches). En revanche, à la dimension de "santé perçue" du SF-36, les femmes blanches affichent un score significativement meilleur que les afro-américaines (70.0 contre 61.2, $p<0.0001$). Afin de contrôler les variables sociodémographiques et médicales habituelles, et d'explorer les prédicteurs de qualité de vie (évaluée cette fois par le score global à la CARES), les auteurs ont réalisé des régressions pas à pas. Ces dernières prouvent que le facteur ethnique n'est pas un prédicteur de qualité de vie ($\beta=0.0185$, $p<.7918$). Les auteurs concluent ainsi que les différences pourtant observées entre les deux groupes sont dues à des facteurs socioéconomiques et non à l'appartenance ethnique en elle-même. A niveau socioéconomique égal, l'appartenance ethnique ne joue donc pas sur la qualité de vie.

1.5. Impact des facteurs médicaux sur la qualité de vie.

1.5.1. Le type de cancer

A deux ans du diagnostic, la qualité de vie diffère selon le type cancer. Les patients atteints de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), du poumon et d'hémopathies malignes ont une qualité de vie physique et mentale plus altérée que ceux atteints d'autres cancers au SF-36 (Le Corroller-Soriano et al., 2008b). Inversement, les personnes ayant eu un cancer du côlon-rectum ou de la prostate sont ceux dont la qualité de vie apparaît la moins dégradée ; les femmes ayant eu un cancer du sein se situent entre ces deux extrêmes (Ibid). Une analyse multivariée montre que la localisation du cancer influence la qualité de vie physique mais non mentale (Ibid).

A long terme, on retrouve le même pattern au QLACS où le score générique de qualité de vie est le meilleur pour le cancer colorectal et de la prostate, tandis que les cancers du cou et de la tête affichent les scores de qualité de vie les plus dégradés (il n'y a aucun cancer

VADS dans ce protocole de recherche ; Avis et al., 2005). Ici encore, les femmes atteintes de cancers du sein présentent un score de qualité de vie intermédiaire (Ibid). En regardant les différentes dimensions du QLACS, on constate que les différences entre localisations cancéreuses s'observent pour les sentiments négatifs et positifs, les problèmes sexuels et l'évitement social, mais non pour la fatigue, les douleurs physiques et les problèmes cognitifs.

Contrairement à ce qui a été démontré à court terme, à long terme les dimensions physiques ne sont donc pas différentes d'un cancer à l'autre, résultat corroboré dans la recherche de Schroevers et al. (2006) à précisément 8 ans du diagnostic. Certaines dimensions psychologiques ou sociales peuvent en revanche dépendre du type de cancer.

1.5.2. La récidive

De façon étonnante, la récidive du cancer du sein ne semble pas être un facteur décisif sur la qualité de vie, même si toutes les recherches ne convergent pas dans ce sens.

A plus de 5 ans du diagnostic, Casso et al. (2004) ne trouvent aucune différence de scores de qualité de vie physique et mentale au SF-36 entre des jeunes femmes en rémission complète et d'autres ayant subi une récidive. Longitudinalement, la récidive à moins de 5 ans du diagnostic, n'est pas non plus un prédicteur de qualité de vie 5 à 13 ans après le diagnostic (Carver et al., 2005). En ce qui concerne la dépression et l'anxiété, les résultats sont contradictoires. Dans la recherche de Dorval et al. (1998b) comme dans celle de Mehnert et Koch (2008), la récidive prédit la détresse psychologique, ce qui n'est pas le cas dans d'autres travaux (Carver et al., 2005, 2006 ; Ganz et al., 2002). Dans la lignée de ces derniers, la santé mentale ainsi que les limitations dues à l'état émotionnel au SF-36 sont identiques avec ou sans récidive (Ganz et al., 2002 ; Helgeson & Tomich, 2005). Les résultats ne sont pas non plus concordants sur la dimension sociale qui est, selon les études, indépendante de la récidive (Carver et al., 2005, 2006 ; Dorval et al., 1998b ; Helgeson & Tomich, 2005) ou au contraire dégradée par celle-ci (Ganz et al., 2002 ; Schroevers et al., 2006). Une étude portant sur l'apparition d'un autre cancer (autre site que le sein) montre que développer un second cancer à moins de 15 mois du premier ne prédit pas en régression la détresse émotionnelle évaluée à 6 ans du diagnostic du premier cancer, mais prédit en revanche les symptômes post-traumatiques d'intrusion et d'évitement, également évalués 6 ans plus tard (Lebel et al., 2008).

La récidive impacte clairement la dimension physique, que ce soit au niveau des symptômes, de la santé perçue ou des limitations et fatigues conséquentes à un retour de la

maladie (Dorval et al., 1998b ; Ganz et al., 2002 ; Helgeson & Tomich, 2005 ; Schroevers et al., 2006).

Finalement, bien que certaines études démontrent le contraire, la récidive ne semble pas diminuer la qualité de vie mentale et sociale. Son impact sur le plan physique est en revanche mis en évidence. Il faut tout de même garder à l'esprit les divergences de résultats sans doute imputables aux interactions possibles avec d'autres variables médicales ou sociodémographiques, ou encore à la variété des outils de mesure employés dans les études citées ci-dessus.

1.5.3. Le stade de la tumeur au diagnostic

Le stade de la tumeur représente l'étendue de la tumeur. Schématiquement, on distingue 4 stades, allant de I pour une tumeur peu étendue, et donc à bon pronostic, à IV pour une tumeur avec métastases où les chances de survie sont infimes. Bien que le stade de la tumeur soit donc corrélé au pronostic d'évolution et de guérison de la maladie, cette variable influence très peu la qualité de vie et l'ajustement à la maladie. A court terme, le stade au diagnostic ne prédit ni l'anxiété, ni la dépression (Schou et al., 2004), ni la qualité de vie mentale et physique, et ce quel que soit l'âge (Helgeson et al.; 2004 ; Le Corroler-Soriano, 2008). Gallagher et al. (2002) trouvent pourtant une corrélation négative entre le stade de la tumeur (de I à III dans leur étude) et la santé psychologique des femmes à 6 mois du diagnostic. Mais dans une analyse mutivariée en régression pas à pas comprenant diverses variables psychologiques, le stade de la tumeur n'est plus significativement lié à la santé psychologique des femmes (Gallagher et al., 2002). A long terme, transversalement ou longitudinalement, le stade ne prédit également aucune des issues précédentes, ni physiques, ni mentales (Bloom et al., 2004 ; Casso et al., 2004 ; Carver et al., 2006 ; Grassi & Rosti, 1996). Parmi les douze dimensions du QLACS, seule la dimension financière est prédite par le stade de la tumeur, dans le sens où un stade élevé prédit plus de soucis financiers 5 à 13 ans après le diagnostic (Carver et al., 2006).

Le stade de la tumeur ne semble donc pas lié à la qualité de vie. Une fois encore, cette variable montrerait peut-être un effet en interaction avec d'autres. Amir et Ramati (2002) trouvent un effet de l'interaction entre la chimiothérapie et le stade de la tumeur (chimiothérapie*stade), sur l'hypervigilance ("*arousal*" en anglais, soit une des trois dimensions du syndrome de stress post-traumatique) évaluée à plus de cinq ans du diagnostic. De façon plutôt inattendue, les femmes à un stade de tumeur peu élevé ayant reçu de la

chimiothérapie sont plus susceptibles de développer une hypervigilance durable que celles ayant eu de la chimio avec une tumeur à un stade élevé. Les auteurs font l'hypothèse suivante. A un stade peu élevé de la tumeur, les femmes se sentent en bonne santé. Elles ne s'attendent donc pas à recevoir de la chimiothérapie (souvent associée à une maladie plutôt grave) qui provoque ainsi de l'inquiétude et prend la signification d'un traitement très délétère, plutôt que celle d'un traitement voulu et accepté car nécessaire à la guérison.

1.5.4. Le temps écoulé depuis le diagnostic (TDD)

Cette variable médicale est très souvent prise en compte dans les protocoles de recherche. Pour une présentation claire, on abordera successivement les études à court terme après le diagnostic (moins de 5 ans), à long terme (uniquement au-delà de 5 années du diagnostic ou des traitements), puis à court et à long terme (du diagnostic à plus de 5 ans après).

Dans les cinq premières années suivant le diagnostic d'un cancer du sein, la qualité de vie reste constante dans tous les domaines : physique, psychologique, social, professionnel et sexuel (Bloom et al., 2004 ; Heim et al., 1997 ; Mehnert & Koch, 2008). Holzner et al. (2001) estiment à l'inverse que la qualité de vie émotionnelle, sociale et globale augmente significativement durant cette période, tandis qu'ils ne notent pas de changements physiques significatifs.

Au-delà de 5 années après le diagnostic, le temps ne prédit pas la qualité physique et mentale au SF-36 (Casso et al., 2004 ; Peuckmann et al., 2007). Il permet tout de même une baisse des émotions négatives, de l'anxiété, de la dépression et de la colère (Carver et al., 2005 ; 2006). Dans l'étude de Cimprich et al. (2002), il est même prédicteur du bien-être psychologique et social évalué par le QOL-CS. Son impact sur la qualité de vie globale est démontré dans la recherche de Cimprich et al. (2002), mais non dans celle de Casso et al. (2004) sur des femmes diagnostiquées entre 40 et 49 ans. La divergence de ces 2 résultats pourrait s'expliquer selon l'âge. En effet, Fehlauer et al. (2005) mettent en évidence une augmentation significative de la qualité de vie globale avec le temps, mais uniquement chez les plus de 65 ans au diagnostic.

Sur une étendue plus longue (du diagnostic à long terme), aucun lien n'a pu être établi entre le temps et la qualité de vie mentale, l'anxiété ou la dépression (Deimling et al., 2002 ; Friedman et al., 2006 ; Morrill et al., 2008 ; Lewis et al., 2001 ; Perkins et al., 2007 ; Robb et al., 2007). Schroevers et al. (2006) trouvent d'ailleurs les mêmes niveaux d'anxiété et de

dépression 3 mois après le diagnostic et 8 ans plus tard. A l'inverse, l'étude comparable de Dorval et al. (1998b) démontre une baisse significative de la détresse psychologique entre le diagnostic et les 8 années suivantes. De même, Kessler (2002) trouve une différence de qualité de vie significative entre des femmes diagnostiquées pour un cancer du sein il y a moins de deux ans, et d'autres il y a plus de dix ans. En revanche, aucune différence de qualité de vie n'est trouvée entre des femmes diagnostiquées 5 à 9 ans auparavant et d'autres diagnostiquées il y a plus de 10 ans (Kessler, 2002).

En outre, le temps écoulé depuis le diagnostic n'influence pas la satisfaction de la vie (Perkins et al., 2007 ; Robb et al., 2007 ; Schroevers et al., 2006), la santé perçue (Ganz et al., 2002, 2003 ; Perkins et al., 2007) et la qualité de vie globale (Dow et al., 1996 ; Ganz et al., 2003 ; Morrill et al., 2008). Le temps a en revanche un effet positif sur la qualité de vie physique (Dow et al., 1996 ; Lewis et al., 2001) sauf chez les femmes de plus de 70 ans au diagnostic, où ce lien n'existe plus (Robb et al., 2007). Au-delà de ces données, Holzner et al. (2001) apportent un éclairage intéressant sur la question du temps. En divisant leur échantillon en trois groupes (personnes de 1 à 2 ans des traitements pour le premier groupe, de 2 à 5 ans pour le second groupe, au-delà de 5 ans pour le dernier groupe), ils constatent une amélioration de qualité de vie significative entre le premier et le second groupe, mais aussi une dégradation significative entre le second et le troisième. Ils appellent cela "*l'effet rebond*". L'effet rebond est vérifié pour la qualité de vie globale et émotionnelle, mais non pour la qualité de vie physique qui n'est significativement pas différente pour les trois groupes.

Il est difficile de conclure sur l'effet du temps pour plusieurs raisons. D'une part, il peut agir différemment sur les dimensions physiques et psychologiques, d'autre part il n'est peut-être pas linéaire (Holzner et al., 2001) et devrait donc être pris en compte sous une autre forme. Dans leur étude sur le coping, Heim et al. (1997) préfèrent d'ailleurs considérer les étapes de la maladie (hospitalisation, convalescence, traitements adjuvants, rémission) plutôt que le temps. En outre, nombreuses sont les issues mises en lien avec le temps et qui parfois sont proches les unes des autres (qualité de vie mentale, satisfaction de la vie, dépression, sentiments négatifs, etc.) d'où le peu de lisibilité sur la question. Pour ne retenir qu'un résultat parmi ces données, on gardera à l'esprit qu'au-delà de 5 ans du diagnostic, le temps ne prédit aucun des scores ou dimensions de qualité de vie évalués par le SF-36 (Casso et al., 2004 ; Peuckmann et al., 2007).

1.5.5. Le type d'opération (mastectomie versus chirurgie conservatrice)

A quatre mois du diagnostic, on ne trouve aucune différence de qualité de vie en fonction du type d'opération (McCaul et al., 1999). A deux ans du diagnostic, quel que soit l'âge, le type d'opération n'est pas associé à la qualité de vie mentale ou physique dans des analyses multivariées (Le Corroller-Soriano et al., 2008a). La procédure chirurgicale ne permet pas non plus d'expliquer l'évolution de la qualité de vie mentale ou physique du diagnostic aux 5 années suivantes (Bloom et al., 2004 ; Helgeson et al., 2004). Cependant, si la mastectomie devait influer sur l'évolution de la qualité de vie à court terme, ce serait plutôt au niveau mental. Helgeson et al. (2004) montrent en effet que la mastectomie est légèrement prédictrice d'une évolution défavorable de la qualité de vie mentale (lo=1.29, p=.07).

A long terme, la qualité de vie globale, physique ou mentale ne dépend pas non plus du type d'opération (Ashing-Giwa et al., 1999 ; Cimprich et al., 2002 ; Dorval et al., 1998a ; Ganz et al., 2002, 2003 ; Robb et al, 2007), pas plus que les huit dimensions du SF-36 (Peuckmann et al., 2007) ou les 12 du QLACS à l'exception des "inquiétudes par rapport à la famille" plus fortes en cas de mastectomie (Carver et al., 2006). La santé perçue (Ganz et al., 2002, 2003 ; Perkins et al., 2007), la dépression et la satisfaction de la vie sont également indépendantes du type d'opération (Perkins et al., 2007). Ces résultats sont quand même à nuancer selon l'âge, les femmes diagnostiquées entre 40 et 49 ans ayant en effet une qualité de vie physique amoindrie par la mastectomie (Casso et al., 2004).

A l'exception de l'aspect physique chez les jeunes femmes, on peut conclure sur l'innocuité de la mastectomie par rapport à la qualité de vie. Plusieurs hypothèses sont possibles par rapport à ce résultat quelque peu étonnant. Par exemple, la reconstruction mammaire pourrait pallier en partie les inconvénients de cette chirurgie. Une des rares études prenant en compte cette donnée réfuterait pourtant cette hypothèse en montrant que la mastectomie ne prédit pas la qualité de vie, avec ou sans reconstruction mammaire (avec, β=-0.19, p=.23 ; sans, β=-0.01, p=.94 ; Ganz et al., 2003). L'hypothèse la plus probable repose sur la signification de la mastectomie par les femmes malades. Chez les femmes de moins de 50 ans (qui sont le plus à risque pour la récidive), l'ablation partielle du sein (mais non totale) est considérée comme une solution sécurisante contre le cancer, tout en n'étant pas radicale, et s'avère ainsi protectrice pour la détresse psychologique à long terme (Dorval et al., 1998a). A l'inverse, chez les femmes de plus de 50 ans, c'est la mastectomie totale qui est la plus protectrice psychologiquement (Dorval et al., 1998a). Le type d'opération interagit ainsi avec l'âge. D'autres hypothèses seraient bien sûr envisageables, notamment en examinant l'interaction du type d'opération avec d'autres variables (soutien du conjoint, importance

accordée à l'apparence, etc.). En tout état de cause, on retiendra le peu d'effet du type de chirurgie à long terme sur la qualité de vie.

1.5.6. Les traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie)

A court terme, avoir reçu un traitement adjuvant, quel qu'il soit, ne prédit ni l'état psychologique général à 6 mois du diagnostic d'un cancer du sein (Gallagher, Parle & Cairns, 2002), ni l'anxiété et la dépression évaluées à un an du diagnostic de ce même cancer (Schou et al., 2004). A 15 mois du diagnostic, le niveau de détresse par rapport à la santé n'est pas plus élevé chez des femmes ayant reçu de la chimiothérapie, que chez des femmes non cancéreuses d'une population contrôle en bonne santé (Henselmans et al., in press). A deux ans du diagnostic, seule l'association des trois traitements ("chimio+radio+hormonothérapie" versus "aucun traitement adjuvant") diminue significativement la qualité de vie mentale au SF-36, mais uniquement chez les femmes de 51 à 65 ans (Le Corroller-Soriano et al., 2008a). Toujours à deux ans du diagnostic et quel que soit l'âge, on ne note aucun effet des traitements sur la qualité de vie physique (Ibid). Longitudinalement en revanche (du diagnostic à 5 ans plus tard), chez les femmes de moins de 50 ans au diagnostic, la chimiothérapie prédit une évolution favorable de la qualité de vie physique mais non mentale (Bloom et al., 2004), tandis que l'hormonothérapie ou la radiothérapie ne montrent aucun lien avec l'évolution de la qualité de vie sur cette période. A court terme, l'impact des traitements adjuvants est donc minime.

A long terme, la qualité de vie globale ne dépend pas d'un traitement adjuvant (chimio ou radio ou hormonothérapie ou une combinaison de deux de ces trois options ; Carver et al., 2005 ; Cimprich et al., 2002 ; Ganz et al., 2003 ; Fehlauer et al., 2005 ; Morrill et al., 2008 ; Robb et al., 2007). Il en est de même pour la qualité de vie mentale et physique ainsi que pour les 8 dimensions du SF-36 (Peuckmann et al., 2007 ; Robb et al., 2007). Dans une recherche à en moyenne 9,6 ans du diagnostic (étendue de 4 à 16 ans), les auteurs n'ont trouvé aucune différence de scores entre des femmes ayant reçu de la chimio et sans chimiothérapie, aux 4 dimensions du QLQ-C30, à savoir la dimension physique, émotionnelle, cognitive et sociale (Joly, Espié, Marty, & Henry-Amar, 2000). Dans cette même recherche, on ne trouve pas non plus de différences entre les deux populations sur l'image corporelle, la vie sexuelle ou les symptômes liés aux traitements ou au cancer (Ibid). Les traitements adjuvants n'ont pas non plus d'effet sur la dépression (Carver et al., 2005 ; Morrill et al., 2008 ; Ganz et al., 2002 ;

Perkins et al., 2007), la santé perçue (Ganz et al., 2003 ; Perkins et al. 2007) ou encore la satisfaction de la vie (Perkins et al., 2007).

Globalement, les traitements adjuvants ne seraient donc pas délétères sur la qualité de vie à long terme, mais certains points sont tout de même significativement touchés. Les femmes ayant reçu de la chimiothérapie sont plus limitées dans leurs activités à la maison (Ahles et al., 2005 ; Carver et al., 2006 ; Ganz et al., 2002), plus soucieuses de leur apparence et l'éventualité d'une rechute de la maladie, et éprouvent moins de sentiments positifs que les autres (Ahles et al., 2005 ; Carver et al., 2006). La chimiothérapie favorise même une hypervigilance caractéristique du syndrome de stress post-traumatique (Amir & Ramati, 2002). Chimiothérapie et/ou hormonothérapie sont également à l'origine de problèmes financiers (Ahles et al., 2005 ; Carver et al., 2006), de fertilité (Ahles et al., 2005), et de difficultés sexuelles qui perdurent à long terme (Broeckel et al., 2002 ; Ganz et al., 1998, 2002 ; Takahasi & Kai, 2005).

Enfin, il faut noter que les conséquences des traitements adjuvants sont plus lourdes chez les jeunes femmes. Au SF-36, les femmes diagnostiquées entre 40 et 49 ans traitées par chimiothérapie ont, par rapport à celles n'ayant pas eu de chimiothérapie, une vie sociale et une santé perçue significativement moins bonnes (Casso et al., 2004). Elles ont aussi deux à trois fois plus de chances d'avoir une qualité de vie globale, physique et sexuelle dégradée (OR =3.1, CI (95%) : 1.6 – 6.2 avec >.70 à la CARES-SF Global Scale ; OR=2.4, CI : 1.0-5.7 avec <40 au score composite physique du SF-36 ; OR = 3.4, CI : 1.6-7.0 avec >2.0 à la CARES-SF Sexuality Scale ; Casso et al., 2004). Chez les jeunes femmes, la ménopause induite par l'hormonothérapie impacte aussi négativement la sexualité (Ganz et al., 1998) et la santé perçue (Ganz et al., 2003).

Pour conclure, on peut retenir trois points sur les traitements adjuvants :

- la chimiothérapie et l'hormonothérapie ont des conséquences avérées sur la sexualité et la sérénité des femmes (peur de la récidive, hypervigilance, sentiments négatifs, etc.) ;
- les effets de ces traitements sont amplifiés chez les jeunes femmes ;
- malgré tout, les traitements adjuvants n'affectent globalement pas la qualité de vie, ce qui peut paraître étonnant au regard des séquelles pourtant laissées par ces traitements.

1.5.7. Comorbidités et séquelles

La comorbidité désigne les maladies ou symptômes qui s'ajoutent à une maladie principale sans qu'il y ait forcément de lien direct de cause à effet, ce qui est en revanche le cas des séquelles. Nous regroupons comorbidités et séquelles dans le même paragraphe, précisément car il est parfois difficile de savoir si un symptôme est une séquelle directe du cancer du sein ou non.

A deux ans du diagnostic d'un cancer du sein, 20 % des femmes ne déclarent aucune séquelles, 27% déclarent des séquelles "peu ou pas gênantes", 53% "assez gênantes ou très gênantes" (DREES, 2008). A 5 ans du diagnostic, 34% ne présentent aucune comorbidité, tandis que les 56% restants font état d'un ou deux problèmes (Bloom et al., 2004). A plus de 5 du diagnostic, on compte encore en moyenne 2 comorbidités par femme (Ashing-Giwa et al., 1999 ; Perkins et al., 2007). Les comorbidités les plus souvent recensées sont l'arthrose qui selon l'âge atteint de 15% à 63% de ces femmes (Bloom et al., 2004 ; Ashing-Giwa et al., 1999 ; Perkins et al., 2007), l'ostéoporose présente chez 6 à 35% des échantillons selon l'âge (Ashing-Giwa et al., 1999 ; Paskett et al., 2008 ; Perkins et al., 2007), et l'hypertension trouvée chez 20% des jeunes femmes (Bloom et al., 2004) et chez 40% sur un échantillon de tous âges (Ashing-Giwa et al., 1999). La douleur, notamment articulaire, musculaire et liée au bras, fait partie des séquelles courantes (Ganz et al., 2003 ; Paskett et al. 2008), de même que les symptômes hormonaux présents chez plus d'une femme sur deux ayant eu le cancer du sein (Bloom et al., 2004 ; Paskett et al., 2008). D'autres comorbidités sont parfois relevées comme les allergies (Ashing-Giwa et al., 1999), les ulcères (Bloom et al., 2004), ou l'insuffisance cardiaque et le diabète (Perkins et al., 2007).

A deux ans du diagnostic, les séquelles "assez à très gênantes" diminuent significativement la qualité de vie physique et mentale à tout âge (DREES, 2008 ; Le Corroller-Soriano et al., 2008a). Chez les plus de 51 ans, les séquelles même "peu gênantes" affaibliront encore significativement la qualité de vie physique (Ibid). A deux ans d'un cancer quel qu'il soit, le ressenti des séquelles permettra d'expliquer 9% de la qualité de vie physique et 10% de la qualité de vie mentale (Le Corroller-Soriano et al., 2008b). A court terme chez des jeunes femmes, les comorbidités permettent de prédire l'évolution de la qualité de vie mentale et physique au SF-36 (Bloom et al., 2004). A long terme, les jeunes femmes qui présentent à l'enquête des symptômes liés au sein ont respectivement 2, 3 et 4 fois plus de risques que celles sans symptômes, d'avoir une qualité de vie mentale, globale et physique dégradée (Casso et al., 2004). Chez ces jeunes femmes, le nombre de comorbidités prédit logiquement une moins bonne santé perçue au SF-36 (Ganz et al., 2003). A l'inverse chez les

plus âgées, les comorbidités ne sont liées ni à la santé perçue, ni à la dépression ou à la satisfaction de la vie (Perkins et al., 2007). En contrôlant l'âge, la présence de comorbidités prédit significativement une qualité de vie globale diminuée (Ashing-Giwa et al., 1999 ; Ganz et al., 2002 ; Paskett et al., 2008). Plus précisément, Paskett et al. (2008) ont montré que cet effet est prouvé uniquement pour un nombre de comorbidités supérieur ou égal à 2.

Les séquelles et/ou comorbidités ont donc un impact significatif sur la qualité de vie, même si cet impact diminue avec l'âge. En effet, pour les plus âgées, la comorbidité est associée au vieillissement et non au cancer, et paraît ainsi plus naturelle et moins délétère (Foley et al., 2006 ; Robb et al., 2007).

2. Le développement post-traumatique

2.1. Définition

2.1.1.Introduction

Toute personne vivant un événement traumatique ou du moins fortement douloureux (maladie, deuil, catastrophe naturelle, difficultés de toutes sortes) en subit classiquement les conséquences psychologiques néfastes, telles qu'une perte de l'estime de soi, des pensées intrusives sur l'événement ou la situation, un ressenti de tristesse, etc. (Tedeschi & Calhoun, 2004). Historiquement, les psychologues se sont donc, logiquement et en premier lieu, intéressés à ces conséquences néfastes. Ce n'est que plus tardivement, dans les années 1980-1990, que des changements positifs rapportés par les personnes ayant vécu des événements traumatiques, ont pu être mis en évidence et surtout pris en considération par les chercheurs en psychologie (Park, Cohen & Murch, 1996 ; Taylor, Kemeny, Reed & Aspinwall, 1991). A partir de cette période, plusieurs concepts et termes correspondants ont été utilisés par la psychologie pour décrire peu ou prou cette même idée d'un "*développement personnel lié à tous changements positifs rapportés par une personne suite à des expériences stressantes*" (Park, 1998, p. 269, traduction libre).

Ainsi, si l'idée d'associer souffrance et détresse à des changements positifs existe depuis fort longtemps (comme en témoigne par exemple l'histoire des religions), la psychologie ne s'est intéressée à cette question que depuis peu (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Ce constat à première vue paradoxal, de changements psychologiques positifs suite à des événements pourtant traumatiques, se retrouve dès lors dans la littérature scientifique sous moult termes, dont entre autres : *growth* (Helgeson, Kerry & Tomich, 2006 ; Park, 1998), *adversarial growth* (Linley & Joseph, 2004), *post-traumatic growth* (Tedeschi & Calhoun, 2004), *stress-related growth* (Park et al., 1996), *thriving (*Abraido-Lanza, Guier & Colon, 1998 ; Carver, 1998 ; Cohen, Cimbolic, Armeli & Hettler, 1998 ; Ickovics & Park, 1998 ; Massey, Cameron, Ouellette & Fine, 1998), *benefit-finding* (Lechner, Carver, Antoni, Weaver & Phillips, 2006 ; Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003 ; Tennen & Affleck, 2005 ; Tomich & Helgeson, 2004), termes que l'on peut traduire respectivement en français par *développement, développement par l'adversité, développement post-traumatique, développement lié à un stress, épanouissement (*de l'anglais, *to thrive* = s'épanouir, prospérer, aller bien*), le fait de trouver des bénéfices.*

Tous ces concepts très proches s'inscrivent plus ou moins dans un courant de pensées et recherches fortement en vogue actuellement, celui de la psychologie positive qui se réclame de l'étude des facteurs favorisant le bien-être, la résilience, le thriving, etc. (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 ; Cottraux, 2007). Par essence, la psychologie positive a donc quelque chose de séduisant : s'intéresser aux processus et facteurs salutogènes pour la santé physique et mentale semble au moins tout aussi attrayant que de s'intéresser aux processus et facteurs pathogènes pour la santé et le bien-être. Plus prosaïquement, des raisons financières peuvent aussi expliquer l'engouement actuel pour la psychologie positive (Carver, 1998). Les sujets résilients coûtant tout simplement moins cher à la société, car nécessitant moins de soins et consultations (Ibid), il peut être intéressant en termes de santé publique de comprendre les facteurs explicatifs de cette résilience et de chercher à les développer chez le plus grand nombre.

2.1.2. Vers une définition

S'il est aisé d'introduire le concept de développement post-traumatique comme tout changement psychologique positif survenant suite à un événement traumatique, il est nécessaire toutefois de préciser cette première définition : que recouvrent ces changements psychologiques positifs ?

Nombreuses sont les définitions trop vagues de ce concept (Park, 2004). Par exemple, pour Carver (1998, p. 246, traduction libre), le *thriving* est le fait pour une personne, après un

événement aversif, "*non seulement de retrouver son niveau antérieur de fonctionnement, mais de pouvoir le dépasser d'une certaine manière*", ce qui reste imprécis, même si l'auteur donne quelques exemples dans son article. De la même façon, Ickovics & Park (1998) considèrent le *thriving* comme un modèle de valeur-ajoutée (*value-added model*), sans toutefois en préciser nettement les tenants et aboutissants. Ainsi, pour ces auteurs (Carver, 1998 ; Ickovics & Park, 1998), la résilience serait le fait, après un événement douloureux de revenir psychologiquement au même niveau qu'avant l'événement, tandis que le *thriving* serait le fait d'en sortir même avec un plus, "*une valeur ajoutée*" selon l'expression employée par Ickovics et Park (1998). Les deux conceptions sont donc différentes.

Parmi toutes les notions évoquées plus haut, relatant un changement positif suite à l'adversité (*stress-related growth, post-traumatic growth, benefit-finding, etc*.), nous avons retenu celle de développement post-traumatique (Tedeschi & Calhoun, 1996) comme étant la plus précise et rigoureuse, et c'est pourquoi par défaut, nous nous référons dans la suite de cette recherche à l'expression de "développement post-traumatique" et à ce qu'elle recouvre. Ce choix est expliqué ci-dessous.

2.1.3. Un choix de conception : le développement post-traumatique

Le développement post-traumatique a retenu notre attention pour les trois raisons suivantes : il s'inscrit dans une façon objective de considérer traumatisme ou événement stressant ; il est précisément défini et opérationnalisé par ses auteurs ; il a déjà fait l'objet de nombreuses recherches sur sa nature et ses déterminants.

2.1.3.1. Un cadre objectif pour cette notion

L'expression "développement post-traumatique" a été inventée par Tedeschi et Calhoun (2004) et désigne "*les changements psychologiques positifs résultant de la confrontation, de la lutte avec tout événement de vie défiant hautement les ressources de l'individu*" (Ibid, p.1, traduction libre). Cette définition, que l'on retrouve à l'identique dans tous les écrits des auteurs, comprend l'idée capitale de lutte, de combat en rapport avec l'événement (*struggle* pour reprendre la terminologie d'origine) et rappelle ainsi le coping, c'est-à-dire les efforts cognitifs et comportementaux qu'un individu met en place pour gérér au mieux une menace défiant hautement ses ressources (Lazarus & Folkman, 1984). C'est aussi parce qu'elles repensent délibérément ou malgré elles l'événement traumatique, leur vie, leur façon de se voir et de voir les autres, que certaines personnes peuvent éventuellement vivre des changements positifs suite à un traumatisme. Calhoun et Tedeschi (2000) ont pu mettre en

évidence l'importance de ces pensées dans le développement post-traumatique. Présentes chez un sujet juste après un traumatisme, elles prédisent trois ans plus tard le développement post-traumatique chez ce même sujet. Calhoun et Tedeschi (2000) utilisent le terme "*rumination*" pour désigner ces processus cognitifs, mais pour eux, le terme ne recouvre aucune connotation péjorative. Cette rumination correspond dans leur concept aussi bien à des pensées intrusives et involontaires sur l'événement, qu'à des pensées délibérées ayant pour but de trouver du sens à l'événement, des bénéfices à la situation, et visant à extraire quelque chose de positif de la confrontation avec le traumatisme. Cette rumination comprend aussi des pensées intrusives ou délibérées plus générales sur le sens de la vie suite à l'événement. Finalement, pour les auteurs, la rumination est le processus cognitif nécessaire à l'élaboration d'un développement post-traumatique, considéré comme issue.

Outre l'idée d'un travail cognitif et émotionnel, en rapport avec l'événement pour trouver du sens et repenser sa vie en fonction de cette épreuve, le développement post-traumatique comprend aussi l'idée importante d'un stress et d'une émotion forte, nécessaires, mais non suffisants, au développement (Tedeschi & Calhoun, 2004). Stress et émotions fortes sont les éléments qui, pour ces auteurs, différencient le développement post-traumatique du développement normal lié au temps.

Pour ces chercheurs, le terme de *post-traumatic growth* est donc le plus approprié de tous ceux proposés pour rendre compte du processus étudié, dans la mesure où, s'il indique bien un changement positif (*growth*), il n'omet pas de le lier à un traumatisme (*post-traumatic*), ce que l'on ne retrouve pas dans d'autres terminologies telles que *benefit-finding* ou *thriving* par exemple. Park (2004) s'oppose à l'expression *post-traumatic growth* et préfère celle de *stress-related growth* car pour cet auteur, il peut y avoir développement suite à un stress, sans pour autant que ce stress soit un véritable traumatisme impliquant une menace de mort ou d'intégrité physique ou psychologique.

On notera que pour Tedeschi et Calhoun (2004), si le traumatisme est nécessaire au développement, il n'est pas cependant pas suffisant. Si ces auteurs mettent en évidence dans leurs recherches un développement post-traumatique possible suite à des événements aversifs, non seulement ils se gardent bien de déclarer que ce développement serait un processus systématique après un stress, "*ce serait vraiment mal comprendre notre position que de penser le développement post-traumatique comme systématique*" (Calhoun & Tedeschi, 2004, p. 98, traduction libre), mais en plus ils ne nient jamais l'existence des effets négatifs liés à ces événements (tels que dépression, anxiété, etc.). Pour eux, la coexistence d'effets négatifs et

positifs suite à un traumatisme est un paradoxe –pour reprendre le terme exact qu'ils utilisent- qu'on ne peut nier : les personnes interrogées se déclarent par exemple à la fois plus vulnérables, mais aussi plus fortes suite à un événement traumatique (Tedeschi & Calhoun, 2004). La reconnaissance de ce paradoxe fait partie intégrante de la théorie présentée ici, et se confirme dans de nombreuses études (Affleck & Tennen, 1996 ; Aziz & Rowland, 2002 ; Bower et al., 2005 ; Tedeschi & Calhoun, 1996). A titre d'exemple, à moins de 5 ans d'un cancer du sein, la corrélation entre les aspects positifs rapportés liés à la maladie et le sentiment de vulnérabilité développé par ces femmes à cause de leur cancer, est de r=.37 ($p<.0001$; Bower et al., 2005). Force et vulnérabilité sont donc coexistants.

Pour résumer, le cadre dans lequel Calhoun et Tedeschi introduisent leur conception du développement post-traumatique –une possibilité seulement, et qui n'exclut en rien la détresse associée à un événement qui reste indésirable malgré tout- est réaliste et objectif, et c'est pourquoi il a retenu notre attention.

2.1.3.2. Une définition précise

Le second point appréciable sur le développement post-traumatique est la précision de sa définition. En plus de la définition générale citée plus haut, le PTG (*post-traumatic growth*) recouvre cinq domaines de développement que sont (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004) :

- l'appréciation de la vie, soit le fait d'apprécier plus amplement la vie, chaque journée, de se sentir chanceux d'être en vie ;
- les relations aux autres, qui deviennent plus riches, plus intimes, plus appréciées, plus investies ;
- le développement d'une force personnelle, soit le sentiment de se sentir plus fort après l'épreuve, plus apte à gérer les difficultés, plus confiant en ses propres ressources adaptatives ;
- les nouvelles possibilités, soit les actions et comportements dont l'avènement a été crée ou catalysé par la situation de crise vécue (ex : entamer une formation que l'on envisageait depuis longtemps sans le faire) ;
- le développement d'une certaine spiritualité.

Ces cinq domaines sont issus d'une analyse factorielle réalisée à partir d'items écrits sur la base d'entretiens et de revue de la littérature à ce sujet, items visant à décrire au mieux le PTG (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ce travail a donné lieu au PTGI (Post-Traumatic

Growth Inventory, ou Inventaire de développement post-traumatique ; Tedeschi & Calhoun, 1996), qui sert donc à évaluer le PTG, et sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

D'aucuns reprocheront à ce type de conception -une définition en cinq domaines avec évaluation quantitative- d'être trop restrictive, et donc de cerner insuffisamment le développement post-traumatique (Massey et al., 1998 ; Park, 2004 ; Tomich, Helgeson & Vache, 2005). Pour ces derniers, seule une exploration qualitative peut rendre compte de l'étendue d'un PTG qui peut, à côté des cinq domaines du PTGI, aussi se traduire par plus de patience, d'acceptation, d'aide à autrui, par des comportements de santé plus adéquats, etc., autant d'éléments qui ne sont effectivement pas pris en compte tels quels par le PTGI et pourtant relatés lors d'entretiens (Ibid).

Cette remarque sur la limitation d'une évaluation quantitative du PTG est pertinente et nous en tiendrons compte pour notre recherche. Néanmoins, devant le flou conceptuel régnant parfois autour de cette notion de développement (résilience, thriving, etc.), une mesure quantitative est la bienvenue (Affleck & Tennen, 1996 ; Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001) et le PTG a au moins le mérite d'être clairement défini et opérationnalisé à l'aide d'un test valide, le PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996). En outre, ce test fait largement consensus dans la communauté scientifique (Cohen, Cimbolic, Armeli & Hettler, 1998 ; Linley & Joseph, 2004), et nous permettra de comparer deux populations (cancer et contrôle) sur des mesures quantitatives objectives de développement post-traumatique.

2.1.3.3. Des interrogations partagées

La dernière raison d'étude du développement post-traumatique réside dans les interrogations communes partagées avec les auteurs. Ces derniers cherchent à établir quelles sont les variables en lien avec le PTG (Calhoun & Tedeschi, 2004 ; Tedeschi & Calhoun, 2004), ce qui sera l'objectif de l'étude 2 et surtout de l'étude 3 de cette thèse. Ils s'interrogent aussi sur le lien existant entre PTG et divers critères d'ajustement (qualité de vie, bien-être, anxiété, dépression, etc.), question que nous examinerons dans l'étude 1.

Après cette première partie d'introduction et de définition du concept de développement en général, et plus particulièrement du développement post-traumatique, on se propose de faire le point sur le développement possible suite à un cancer d'abord, puis à d'autres événements ensuite.

2.2. Le développement après un cancer

Comme il a été dit plus haut, le développement n'est pas systématique après un événement difficile (Calhoun & Tedeschi, 2004). On se pose ainsi la question de savoir s'il existe, pour une majorité ou une minorité, un développement "post-cancéreux", et si oui, quelle est sa nature. On abordera cette question dans un premier temps pour tous types de cancers, puis dans un second temps spécifiquement pour le cancer du sein. Dans les deux cas, on passera d'abord en revue des études sur le développement à court terme (à moins de 5 ans du diagnostic), puis à long terme (à 5 ans ou plus du diagnostic).

2.2.1. Le développement après toutes sortes de cancers

2.2.1.1. A court terme

Quand on explore la littérature scientifique sur cette question, on constate que le développement "post-cancéreux" a été mis en évidence dans des études qui n'avaient, a priori, pas pour objectif premier d'en rendre compte, comme c'est notamment le cas dans les travaux de Collins, Taylor et Skokan (1990) ou dans ceux de Fischer et Tarquinio (2002).

A 9 mois de la première chimiothérapie, Pinquart et al. (2007) trouvent en moyenne 0.8 changements positifs rapportés par les patients contre 1.3 changements négatifs. En revanche, 9 mois plus tard (donc à 18 mois de la chimiothérapie), on trouve en moyenne 1.26 changements négatifs et 1.16 changements positifs. En outre, une analyse de variance à mesures répétées révèle une augmentation significative du nombre de changements positifs de 9 à 18 mois du traitement. Ainsi, des changements positifs semblent perçus très tôt dans la maladie, coexistant avec des changements négatifs perçus. Les changements positifs les plus rapportés sont psychologiques et sociaux, et comportementaux dans le fait de déclarer de meilleurs comportements de santé ; les changements négatifs les plus fréquents sont liés à une santé dégradée, à des limitations dans les activités, ainsi qu'à des changements psychologiques négatifs (Pinquart et al., 2007).

A plus long terme du diagnostic, Collins et al. (1990) ont consulté par entretiens 55 personnes ayant eu un cancer, à moins de 5 ans du diagnostic (20% étaient encore sous traitement lors de l'enquête), en leur demandant si leur cancer avait changé leur façon de voir le monde, de se voir eux-mêmes, de voir l'avenir, leurs activités et priorités, ainsi que leurs relations aux autres. Si la réponse était positive, il leur était demandé d'expliquer dans quel sens (positif ou négatif) le changement avait eu lieu, et d'en décrire sa nature. Les analyses des

entretiens réalisées par 4 chercheurs révèlent des changements positifs pour la majorité en ce qui concerne :

- leurs activités et priorités (62% de l'échantillon déclare des changements positifs ici, tels qu'une plus grande appréciation de la vie, une nouvelle gestion des priorités, etc., contre 19% pour des changements négatifs comme le fait de devoir renoncer à certaines activités à cause de la maladie),
- leurs relations aux autres (62% valence positive, 13% négative).

Les changements sur soi, la vision du monde et de l'avenir sont beaucoup plus mitigés, avec pour chacun de ces domaines environ une moitié de réponses à valence positive, contre l'autre moitié à valence négative (Collins et al., 1990). Une étude portant sur 216 personnes à en moyenne 3 ans du diagnostic de cancer (SD = 2.3) confirme l'importance des changements de priorités et de relations aux autres. En effet, 79% des personnes de cet échantillon déclarent avoir réfléchi sur leurs priorités de vie depuis le diagnostic, et 36% déclarent passer plus de temps avec leur famille ou amis (Harper et al., 2007).

Ces résultats rappellent sur plusieurs points ceux de Taylor et al. (1991) sur des homosexuels HIV+, pour qui la maladie a provoqué des changements plus positifs que négatifs dans leurs relations aux autres, et inversement plus négatifs que positifs dans leur perception du monde et de l'avenir.

Toutes ces données sont globalement concordantes avec celles obtenues par deux autres approches (Lechner et al., 2003 ; Fischer & Tarquinio, 2002). Lechner et al. (2003) utilisent le PTGI pour évaluer les changements positifs chez 83 personnes à en moyenne 3 ans d'un diagnostic de cancer, tandis que Fischer et Tarquinio (2002) font passer un questionnaire de valeurs à des personnes en cours de traitement pour un cancer afin d'estimer les changements de valeurs survenus depuis la maladie. Ces deux autres approches confirment l'importance des changements positifs sur l'appréciation de la vie (score au PTGI de 66.7/100, Lechner et al., 2003 ; valeur affirmée telle quelle et positivement, Fischer & Tarquinio, 2002) et les relations aux autres (score au PTGI de 63 / 100 ; valeur qui se retrouve dans une importance plus grande apportée aux autres, à l'affectivité, à l'intimité). En revanche, le score élevé au PTGI sur la dimension de la force personnelle (64.75 / 100, Lechner et al., 2003) semble plus optimiste que les résultats de Collins et al. (1990) qui montraient une moitié de réponses à valence négative sur la vision de soi relatant ainsi tout autant une perception de vulnérabilité que de force personnelle.

Enfin, les scores moyens au PTGI sur les dimensions spiritualité et nouvelles possibilités (respectivement de 53,5 / 100 et 49.8 / 100, Lechner et al., 2003) traduisent à

court terme peu de changements sur ces aspects, qui ne sont d'ailleurs pas évoqués ainsi dans les deux autres recherches (Colins et al., 1990 ; Fischer & Tarquinio, 2002).

Bien que très peu d'études s'y intéressent, il faut aussi noter l'existence de changements positifs physiques après un cancer. En effet, à en moyenne 3 ans d'un cancer, la moitié des personnes en rémission déclare avoir changé d'alimentation depuis leur diagnostic (saine et plus équilibrée), et un quart reconnaît faire plus d'exercice physique depuis la maladie (Harper et al., 2007).

Pour clore brièvement sur le changement à court terme après un cancer, on notera en premier lieu qu'il est relaté chez la majorité, 73% des personnes interrogées font l'expérience à la fois de changements positifs et négatifs, 20% uniquement de changements positifs et 6% uniquement de changements négatifs (Collins et al., 1990). Il s'élève à une hauteur de 58 / 100 au PTGI pour le score global (Lechner et al., 2003) et se caractérise qualitativement essentiellement par une plus grande appréciation de la vie et des rapports aux autres plus riches et investis (Collins et al., 1990; Fischer & Tarquinio, 2002 ; Lechner et al., 2003).

2.2.1.2. A long terme

Comme il a été mentionné plus haut pour le court terme, ici encore, la mise en évidence de développement après un cancer ne provient pas uniquement de recherches dont l'objet était centré sur le développement post-traumatique. L'étude exploratoire décrite ci-dessous en est un exemple.

Afin de construire un test de qualité de vie pour des sujets en rémission d'un cancer, Foley, Farmer et Pétronis (2006) ont fait passer un entretien semi-directif à 58 personnes de Floride, de 25 à 86 ans, en rémission d'un cancer, à plus de cinq ans du diagnostic. Il leur était, entre autres, demandé de décrire comment le fait d'avoir eu un cancer plusieurs années auparavant affectait leur vie d'aujourd'hui, de relater les domaines de leur existence les plus touchés par la maladie actuellement, et dire quel était pour eux le sens de cette expérience cancéreuse. Les réponses à cette dernière question ont donné lieu à quatre grandes catégories de réponses :

- une catégorie intitulée "*c'est la vie*" par les auteurs, caractérisant 38 personnes (sur les 58 interrogées, soit 66%) pour qui le cancer est avant tout un événement de vie qu'il faut considérer comme un fait, sans réfléchir sur sa signification ;
- une catégorie "*développement personnel*" (12 sujets sur 58, soit 20%), où les survivants déclarent que le cancer n'a pas affecté leur qualité de vie à long terme, mais leur a en

revanche permis d'apprécier plus la vie à sa juste valeur, de se rapprocher des autres, etc. Les propos sont parfois dithyrambiques, le cancer étant même décrit par une personne comme la "*meilleure chose qui ne lui soit jamais arrivée*" (Ibid, p. 251) ;

- une catégorie "*ressentiment*" (6 sujets, soit 10%) où la maladie est en premier lieu associée à de la dépression, à de la colère, à des problèmes de santé persistants, à de la douleur et à une isolation sociale ;
- une dernière catégorie de "*lâcher prise*" caractérisant deux sujets (4%) pour qui le cancer représente un événement qu'il ne faut pas chercher à contrôler, mais simplement à accepter.

Chacune de ces catégories représente la signification dominante attribuée au cancer par les uns et les autres. Des thèmes secondaires, qu'on détaillera ultérieurement, ont aussi été mis en évidence (par exemple la conscience de sa mortalité, la peur d'une récidive, etc.). Ces entretiens révèlent donc que non seulement, le développement post-cancéreux existe à long terme, mais qu'il fait même partie des thèmes majeurs évoqués par les sujets. C'est pourquoi le test de qualité de vie construit à partir de cette recherche, le QLACS (Quality of Life in Adult Cancer Survivors ; Avis et al., 2005) contient une dimension appelée "*bénéfices*" de quatre items. Un item évoque l'appréciation plus grande de la vie, un autre l'idée que le cancer a aidé le sujet à reconnaître ce qui est important dans la vie, et les deux autres le fait de se sentir plus apte à gérer stress et problèmes depuis le cancer. Ces quatre items sont formulés sous forme d'affirmations positives (ex : j'ai apprécié plus la vie du fait de mon cancer). La personne qui répond doit évaluer à quelle fréquence elle a vécue l'affirmation au cours des quatre dernières semaines, sur une échelle allant de "1 = jamais", à "7 = toujours", les scores pour ce domaine de "*bénéfices*" allant donc de 4 à 28. Les 242 survivants ayant passé le test pour sa validation, ont eu un score moyen de 16.2 (écart-type de 6.8) à cette dimension, 6% d'entre eux ayant obtenu le score minimum de 4, et 5% le score maximum de 8 (α de Cronbach = 0.85 ; Avis et al., 2005).

Si les études présentées ci-dessus mettent en évidence un développement à long terme après le cancer (Avis et al., 2005 ; Foley et al., 2006), la recherche de Schroevers, Ranchor et Sanderman (2006) est à ce titre tout à fait intéressante, et surtout innovante. Ces auteurs ont réalisé un bilan sur l'ajustement de 206 survivants à toutes sortes de cancers (du sein, du poumon, colorectaux et gynécologiques), huit ans après diagnostic. Parmi ce bilan, se trouve une partie réalisée à partir d'entretiens portant sur les changements vécus par la personne depuis huit ans quant à sa perception de soi, de la vie, de ses relations aux autres et plus

particulièrement au conjoint. Dans un premier temps, les survivants devaient estimer s'ils avaient changé sur ces différents points durant les huit dernières années, et si oui, dans quel sens (négatif ou positif) et dans quelle mesure. Dans un second temps seulement, ils devaient réfléchir à la question de savoir si les changements déclarés étaient dus, ou non, à leur cancer antérieur. Parallèlement, une population contrôle non cancéreuse (appariée en âge avec la première) passait les mêmes entretiens uniquement sur le premier point, à savoir une estimation des changements vécus depuis les huit dernières années (sans référence à un événement particulier).

On peut synthétiser les résultats de ces entretiens en trois points :

1. sur chaque dimension de changements (soi, les autres, etc.), environ 30% des personnes cancéreuses déclarent des changements positifs ; environ 70% ne déclarent pas de changement, et environ 5% estiment des changements négatifs (en ce qui concerne l'appréciation de la vie, les scores sont un peu différents, respectivement de 48% ; 45% et 7%). Interrogés cette fois spécifiquement sur leur cancer, 36% des survivants jugent globalement cette expérience comme à la fois négative et positive, 28% comme n'étant ni positive ni négative, 16% comme positive, et 20% comme négative.
2. Pour chaque domaine, moins d'une personne sur deux attribue les changements affirmés au cancer.
3. L'évaluation des changements sur huit ans de la population contrôle ne diffère significativement en aucun point de celle de la population cancéreuse (sur chaque domaine, autant de changements estimés positifs, négatifs ou estimés comme non existants), à l'exception de la perception de la vie en général qui est significativement jugée par les survivants comme "étant moins une évidence", "allant moins de soi" (*taking life less for granted*), que par les sujets contrôles.

Finalement, cette recherche montre que huit ans après la maladie, les survivants au cancer n'éprouveraient pas plus de changements positifs ou négatifs qu'une population contrôle sur la même période de temps, à l'exception notable d'une perception différente de la vie (Schroevers et al., 2006).

Pour conclure sur le développement suite à un cancer, on retiendra sa mise en évidence même à long terme, avec principalement la mise en avant d'une plus grande appréciation de la vie (Avis et al., 2005 ; Foley et al., 2006 ; Schroevers et al., 2006).

Il est intéressant de remarquer que le développement post-traumatique est non seulement reconnu, mais même désormais considéré comme une dimension de qualité de vie

à évaluer après un cancer (Avis et al., 2005). De la même façon, la récente revue de la littérature sur les effets à long terme du cancer de Stein et al. (2008) contient une partie sur le développement post-traumatique. Il devient donc de plus en plus courant de s'intéresser aux effets positifs d'un cancer, et non plus seulement à ces aspects négatifs.

L'existence à long terme de bénéfices tirés d'un cancer est cependant une information à prendre avec précaution. En effet les recherches sur le développement à long terme suite à toutes sortes de cancers sont peu nombreuses (sans doute en partie à cause du faible taux de survie à certains cancers tels que le cancer du poumon) ; en outre, elles manquent de populations contrôles, ce qui ne permet pas de vérifier que les changements déclarés sont bien dus à l'événement cancéreux et non simplement au temps (McFarland & Alvaro, 2000 ; Park, 2004 ; Schroevers et al., 2006 ; Tedeschi & Calhoun, 1996) ou à des théories implicites culturelles, qui nous feraient penser à notre insu que l'on évolue positivement avec le temps (Ross, 1989). Les recherches à long terme incluant des populations contrôles constituent donc un enjeu important de la psycho-oncologie actuelle (Helgeson, 2005).

2.2.2. Le développement après un cancer du sein

De nombreuses études sur la qualité de vie ou le développement après un cancer concernent exclusivement le cancer du sein pour la raison simple que c'est un des cancers auquel on survit le plus actuellement (American Cancer Society, 2006). Aussi, la présente partie est destinée à rendre compte des travaux existants sur ce développement spécifique au cancer du sein, en premier lieu avec des études à court terme après le diagnostic ou les traitements (à moins de 5 ans du diagnostic), puis en second lieu avec des études à long terme (à plus de 5 ans du diagnostic).

2.2.2.1. A court terme

En 1998, Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz et Wyatt entreprirent auprès de 864 femmes diagnostiquées pour un cancer du sein (stade I et II sans récidive, de 1 à 5 ans du diagnostic) une étude d'envergure sur leur qualité de vie et leur fonctionnement sexuel. Des entretiens destinés notamment à aborder la sexualité de ces femmes furent réalisés sur une partie de l'échantillon. Ici encore, alors que l'objet de ces échanges ne portait pas sur le développement post-cancéreux, ces femmes ont évoqué d'elles-mêmes d'importants côtés positifs de leur vécu cancéreux, tels que se sentir en vie, apprécier plus l'existence, s'apprécier plus après la maladie, se sentir plus forte, plus spirituelle, se focaliser sur ce qui est important, etc. (Ibid, p. 511). Bien que ces données n'aient pas été analysées, mais simplement citées par

les auteurs qui ne voulaient pas dévier de leur objet d'étude, elles ont une valeur certaine en tant que témoignages spontanés d'un ressenti positif de la maladie.

D'autres recherches, focalisées cette fois sur le développement post-cancéreux, ont permis de préciser la nature et la quantité de développement post-traumatique (Belizzi & Blank, 2006 ; Cordova et al., 2001 ; Sears et al., 2003) ou des "bénéfices tirés de la maladie" pour reprendre la terminologie exacte d'autres auteurs (Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2004).

Sears et al. (2003) révèlent à ce titre des données tout à fait intéressantes. Dans leur enquête par entretiens sur 92 femmes en fin de traitements pour un cancer du sein au stade I et II, 83% des femmes interrogées citent au moins un bénéfice quand on leur demande si elles ont tiré quelque chose de positif de leur maladie[2]. Cette prévalence atteint même 96% dans une population comparable évaluée cette fois à moins de 5 ans du diagnostic (Weiss, 2002). Dans la recherche de Sears et al. (2003), le nombre moyen de bénéfices rapportés est de 2.62 par femme (écart-type de 2.07, avec une amplitude de 0 à 9 bénéfices rapportés). Qualitativement, les bénéfices rapportés correspondent relativement bien aux dimensions du PTGI -relations aux autres (46% des bénéfices rapportés), bénéfices liés à la santé (13%), appréciation de la vie (12%), nouvelles possibilités (11%), force personnelle (9%), spiritualité (6%), autres changements (3%)- à l'exception des bénéfices liés à la santé (soit le fait d'améliorer ses comportements de santé et de sentir plus sereine car surveillée médicalement) non présents dans le PTGI, mais souvent relatés après des ennuis de santé (Bower et al., 2005 ; Massey et al., 1998 ; Park, 2004 ; Tomich et al., 2005). Dans la recherche de Bower et al. (2005) sur les aspects positifs liés au cancer du sein, les bénéfices liés à la santé font même partie des aspects positifs les plus rapportés par les femmes de l'échantillon, en sus de voir et appréhender la vie différemment depuis la maladie.

Ces données peuvent être rapprochées de celles trouvées par Tomich et Helgeson (2004) sur une population comparable (364 femmes à 4 mois du diagnostic d'un cancer du sein, du stade I à III), mais évaluée différemment sur le développement. Les auteurs ont ici utilisé 20 items adaptés d'un test de bénéfices, utilisé à l'origine pour évaluer les éventuels bénéfices rapportés par des parents d'enfants handicapés (Behr's Positive Contributions Scale ; Behr, Murphy & Summer, 1991). Les items sont écrits sous forme d'affirmations de changements positifs, et les participantes doivent estimer à quel point leurs attitudes et

[2] Les entretiens ont fait l'objet d'un codage par plusieurs experts autant sur la quantité que sur la qualité des bénéfices rapportés : taux d'accord supérieur à 87% entre les experts.

comportements ont changé de la sorte du fait de leur cancer du sein, sur une échelle de 1 (pas du tout), à 4 (beaucoup). Le test adapté pour l'étude présente quatre catégories de développement : appréciation de la vie, relations à la famille, aux autres en général, et préoccupation concernant l'évolution du monde et de l'humanité. Une analyse en composantes principales, suivie de rotation varimax sur ces 20 items, aboutit finalement à un seul facteur de bénéfices (α de Cronbach de 0.95). En examinant les six items dont les valeurs moyennes sont les plus fortes, on trouve un item lié à l'appréciation de la vie, deux au rapprochement avec les autres et la famille, et trois concernant une plus grande acceptation des choses telles qu'elles sont et se déroulent, ce qui se rapproche de la "force personnelle" du PTGI qui comprend un item d'acceptation.

Si les deux études décrites précédemment (Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2004) sont difficilement comparables du fait des outils d'évaluation différents (respectivement entretiens et test de Behr adapté), on notera cependant deux points communs forts de développement que sont l'appréciation de la vie et les relations aux autres.

Quatre recherches utilisant cette fois le PTGI (Belizzi & Blank, 2006 ; Cordova et al., 2001 ; Sears et al., 2003 ; Weiss, 2002) vont également dans le sens de la conclusion précédente tout en apportant des informations complémentaires. Les quatre concernent des femmes en rémission à court terme d'un cancer du sein (à moins de 5 ans du diagnostic) sans récidive et comparables au niveau de l'âge. L'annexe 1 (page 355) récapitule les données fournies par ces études sous forme de tableau.

On peut extraire essentiellement trois informations de ce tableau : 1. on ne remarque pas de différence importante entre les chiffres fournis par ces différentes études ; 2. "l'appréciation de la vie", "la force personnelle" et les "relations aux autres" ont les scores les plus hauts sur 100 ; 3. on obtient à partir de quatre études un score total au PTGI de 60.15/105 ce qui donne un ordre de grandeur à retenir.

Pour conclure, on retiendra qu'il existe bien un développement à court terme après un cancer du sein vécu par la majorité des survivantes, et dont la nature correspond aux dimensions du PTGI, avec toutefois en plus des bénéfices liés à la santé.

2.2.2.2. A long terme

Si les études citées ci-dessus mettent en évidence un développement post-cancéreux à court terme après le diagnostic d'un cancer du sein, on peut se demander d'une part si ce développement ne s'émousse pas avec le temps, et d'autre part, si tel n'est pas le cas, si sa nature évolue ou non au cours des années.

A long terme, après un cancer du sein, l'expérience est perçue comme ayant apporté des changements positifs (Dow et al., 1996 ; Fredette, 1995 ; Lechner et al., 2006 ; Mols, Vingerhoets, Coebergh & van de Poll-Franse, 2009 ; Tomich & Helgeson, 2002 ; Tomich, Helgeson & Vache, 2005). Cinq ans après le diagnostic (stades I à III), les 164 femmes interrogées par Tomich & Helgeson (2002) déclarent sur une échelle de « 1= pas du tout », à « 5= beaucoup », que leur cancer a été une expérience positive avec un score moyen de 4,14. Les résultats de Lechner et al. (2006) vont également dans ce sens. Ils font passer à 96 femmes de 5 à 8 ans du diagnostic (stades I et II) un test de bénéfices adapté du test de Behr, composé de 17 items, à partir duquel ils calculent un score moyen de bénéfices pour chaque femme allant de « 0 = pas de bénéfices tirés de la maladie » à « 3 = beaucoup de bénéfices ». La moyenne obtenue pour l'ensemble de l'échantillon est de 2,33. A 10 ans du diagnostic d'un cancer du sein, on trouve encore du développement post-traumatique et des bénéfices perçus de la maladie (Mols et al., 2009). En effet, 79.2% des 183 femmes interrogées ici identifient au moins un effet positif de leur cancer.

Ci-dessus, nous avons donné des valeurs absolues quant à la perception positive de l'événement. Pour autant, ces informations ne permettent pas de savoir si la maladie a été vécue parallèlement comme tout aussi négative, car on rappelle l'idée de paradoxe inhérente au développement, à savoir que ce dernier peut être coexistant avec une détresse importante (Tedeschi & Calhoun, 2004). Les données de Tomich et al. (2005) permettent précisément de répondre à cette question. En demandant à 184 femmes, également à 5 ans du diagnostic, de préciser, non plus comme précédemment, à quel point l'événement a été positif (valeur absolue), mais cette fois-ci à quel point l'événement a été positif versus négatif (sur une échelle de 1 = totalement négatif, à 7 = totalement positif), les auteurs forcent les répondantes à hiérarchiser les changements positifs par rapport aux négatifs. Avec un score moyen de 5,03 à cette dernière question, ces femmes montrent que, à 5 ans du diagnostic, le cancer du sein est perçu comme ayant été plus positif que négatif (62% de l'échantillon a effectivement un score supérieur à 5 à cette question). Pour 13% de ces 184 femmes, le cancer du sein est même perçu comme ayant été uniquement positif (score de 7 à cette question), ce qui peut

surprendre au premier abord. En effet, la question se pose de savoir si une affirmation aussi manichéenne ne masque pas une forme de déni des effets négatifs de la maladie et de ses traitements, ou bien si le développement post-cancéreux est si réel et signifiant pour la personne qu'il réussirait à effacer ses impacts négatifs relativement peu signifiants par rapport aux bénéfices tirés de l'expérience. A 10 ans du diagnostic, Mols et al. (2009) rapportent cependant que seulement 3% de leur échantillon déclare n'avoir vécu que des effets positifs de leur cancer du sein. Dans ce même échantillon 5% déclare que le cancer n'a pas changé leur vie, ni dans un sens, ni dans l'autre. Enfin, aucune femme ne déclare uniquement des changements négatifs (Mols et al., 2009). Ainsi globalement, à 10 ans du diagnostic, le cancer est perçu par la majorité comme ayant été plus positif que négatif, ce que l'on trouvait déjà à court terme (Collins et al., 1990).

En bref, les données précédentes attestent que, avec un recul d'au moins 5 ans après le diagnostic, le cancer du sein est toujours perçu comme une expérience ayant comporté des aspects positifs, voire même plus d'aspects positifs que négatifs, ce que l'on retrouve également à long terme dans des situations pourtant extrêmes telles que la perte d'un être cher (Lehman et al., 1993).

Au niveau qualitatif, le développement perçu à long terme semble être à peu près de même nature que celui perçu à court terme. Tomich, Helgeson et Vache (2005) ont demandé à des femmes en rémission (à 5 ans du diagnostic) de décrire les éventuels changements positifs liés à leur cancer. L'analyse de contenu fait état de 7 domaines de développement hiérarchisés en terme de fréquence : l'appréciation de la vie (champ cité par 58% de l'échantillon), la force personnelle (49%), les changements de priorités (37%), les relations aux autres (31%), la capacité à aider les autres (31%), la foi (13%), et les comportements de santé (8%). Mols et al. (2007) ayant utilisé le PTGI et le Perceived Disease Impact Scale (PDIS) pour évaluer respectivement le développement post-traumatique et les bénéfices trouvés par des femmes à 10 ans de leur cancer du sein rapportent les résultats suivants. Au PTGI, seuls les domaines des relations aux autres ($p<0.05$), d'une plus grande force personnelle ($p<0.05$) et d'une grande appréciation de la vie ($p<0.01$) sont significativement rapportés par ces femmes. Inversement, les domaines des changements spirituels et des nouvelles opportunités ne sont pas significativement rapportés (Mols et al., 2009). Au niveau de l'échelle de l'impact perçu de la maladie (PDIS), les domaines de vie les plus modifiés positivement par la maladie et ses traitements sont la façon de voir la vie (*outlook on life* ; 69% de l'échantillon déclare un changement positif sur la façon de voir la vie), l'implication civique et communautaire (66%

de l'échantillon), les loisirs (63%), et les relations aux autres (61%). Inversement, 42% de l'échantillon déclare des changements négatifs sur la santé physique.

Ces domaines de développement correspondent bien à ceux décrits dans d'autres études. Les entretiens menés par Fredette (1995) sur l'impact du cancer à long terme (population à 14 ans du diagnostic en moyenne, sd = 6 ans) relatent parfaitement les 4 premiers domaines cités dans l'étude précédente, à savoir une nouvelle façon de voir la vie, l'implication sociale, les loisirs et les relations aux autres ; le test de Behr adapté pour le cancer et utilisé par Tomich & Helgeson (2002) révèle des bénéfices surtout liés à la force personnelle et aux relations aux autres ; tandis que l'augmentation de la spiritualité rapportée à 5 ans du diagnostic (Tomich et al., 2005) se retrouvait déjà dans les travaux de Dow et al. (1996) par un test de qualité de vie (le QOL-CS) évaluant par un item l'évolution positive de la spiritualité (score moyen de l'item de 7, 21, sd = 2,6, sur une échelle de 0 à 10 avec un échantillon de 294 survivantes à 6 ans en moyenne du diagnostic).

Finalement, le développement décrit à long terme après un cancer du sein ressemble donc dans sa nature à celui décrit à court terme. Le seul domaine que l'on ne retrouvait pas tel quel à court terme pourrait être la capacité à aider les autres, révélée par Tomich et al. (2005). Cela étant, ce type de développement fait partie intégrante des "nouvelles possibilités" du PTGI, déjà mises en évidence à court terme (Belizzi & Blank, 2006 ; Cordova et al., 2001 ; Sears et al., 2003).

Enfin, on remarquera qu'à long terme après un cancer du sein, seule l'étude de Mols et al. (2007) utilise le PTGI comme instrument de mesure du développement. Notre recherche sera donc l'occasion de compléter les données actuelles sur le long terme avec le PTGI. En outre, on notera aussi le peu d'études disponibles à ce jour sur le développement à long terme, et notamment à plus de 10 ans du diagnostic, où il n'existe à notre connaissance encore aucune recherche quantitative.

2.2.3. Le développement post-cancéreux est-il spécifique ?

Au regard des études précédentes, force est de constater l'existence d'un développement suite au cancer, autant à court qu'à long terme. La question qui se pose alors est de savoir si le développement décrit ici est spécifique ou non au cancer, et particulièrement au cancer du sein par rapport à d'autres événements tels que maladies (aigues ou chroniques), deuils, accidents, agressions, catastrophes naturelles, etc. (Linley & Joseph,

2004), qui font également l'objet de recherches sur la question de bénéfices possibles. Plus généralement, on se demande si le développement est dépendant en quantité comme en qualité du type d'événement source de développement.

2.2.3.1. En qualité

Qualitativement, il est difficile de répondre à cette question car nombreuses sont les études qui utilisent un test de développement ou des questions fermées et enferment ainsi les réponses des sujets dans des catégories de développement prédéfinies.

D'une façon générale, quel que soit l'événement, on retrouve dans la littérature scientifique un noyau commun de développement qui s'articule autour d'une plus grande appréciation de la vie, d'un rapport différent aux autres, et d'un sentiment de développement personnel. Cette configuration est par exemple exactement celle trouvée par Lehman et al. (1993) dans leurs travaux sur le deuil réalisés à partir d'entretiens ouverts. Cela étant, on trouve bien des variations de développement selon l'événement (Park, 2004), qu'il s'agisse de la patience acquise dans l'arthrose chronique (Abraido-Lanza et al.), ou de l'acceptation dans le cancer du sein à long terme (Tomich & Helgeson, 2002), pour ne citer que ces deux références. Ainsi, il faut prendre avec précaution les résultats d'études comme celle de Park et al. (1996) qui conclut sur la non spécificité du développement selon les événements alors même que leur recherche utilise un test (le SRGS) et s'intéresse en outre à une population particulière, des étudiants devant faire référence à l'événement le plus stressant vécu dans l'année précédant l'étude, ce qui exclut pour une partie de l'échantillon des événements significativement stressants.

2.2.3.2. En quantité

Quantitativement, on peut recueillir des taux de prévalence de changements positifs selon les événements (soit le pourcentage de personnes d'un échantillon déclarant au moins un changement positif) : 74%, 4 à 7 ans après un deuil (Lehman et al., 1993), 83% dans l'arthrose chronique (Abraido-Lanza et al., 1998), 52% à long terme d'un cancer (Schroevers et al., 2006), 75% à long terme après un cancer du sein (Tomich et al., 2005), etc. Pour autant, ces données ne permettent pas de conclure sur l'impact de l'événement quant à la prévalence de développement, car d'une part le développement est mesuré par différentes méthodologies, et d'autre part, quand bien même les méthodologies seraient les mêmes, il serait nécessaire de voir si les différences de prévalence sont statistiquement significatives ou non.

Outre la prévalence, le taux moyen de bénéfices rapportés dans un échantillon ou encore une quantification de la façon dont un événement difficile a finalement pu être perçu comme bénéfique pourraient être des indicateurs utiles pour notre interrogation. Mais là encore, les comparaisons s'avèrent difficiles. Une autre façon d'aborder ce sujet est de considérer que, plus que l'événement lui-même, c'est la façon dont il est perçu subjectivement, notamment en terme de stress, qui peut expliquer le développement post-traumatique (Calhoun & Tedeschi, 2004). Plus généralement, on retrouve cette idée en psychologie de la santé dans le modèle intégratif de Bruchon-Schweitzer (2002) où l'évaluation primaire, c'est-à-dire cette perception subjective d'une situation, joue un rôle important au regard d'autres facteurs. La méta-analyse de Helgeson et al. (2006), réalisée à partir de 87 études transversales sur le développement en lien avec toutes sortes de situations difficiles, prouve effectivement que la sévérité objective et le stress perçu de l'événement sont associés à plus de bénéfices trouvés et ce, de façon homogène à travers les 87 études en ce qui concerne le stress perçu.

2.2.3.3. Conclusion

Finalement, la seule étude qui permet de dégager une conclusion sur la spécificité du cancer du sein par rapport à d'autres événements est celle de Tomich et al. (2005) qui compare le développement en quantité comme en qualité entre une population ayant eu le cancer du sein il y a 5 ans, et une population contrôle faisant référence à l'événement le plus stressant survenu 5 ans plus tôt également (soit problèmes de santé personnels, problèmes de santé de proches, problèmes relationnels, deuils, autres).

Quantitativement, la population cancéreuse rapporte significativement plus de changements positifs que la population contrôle, à la fois en réponse à une question fermée où les sujets doivent évaluer l'effet global des changements provoqués par l'événement (sur une échelle de « 1 = l'événement à été totalement négatif », à « 7 = totalement positif »), et également en réponse à un test de bénéfices en 14 items.

Qualitativement, des entretiens ouverts montrent les mêmes domaines de développement dans les deux groupes : plus grande appréciation de la vie, développement personnel, changement des priorités, aide aux autres, foi plus développée, relations différentes aux autres et amélioration des comportements de santé. En revanche, le groupe cancer obtient significativement plus de changements que le groupe contrôle sur tous ces domaines, à

l'exception des relations aux autres et comportements de santé, sans différence entre les deux groupes.

Pour finir sur cette étude, les auteurs ont aussi eu l'idée de comparer le groupe "cancer du sein" avec une partie du groupe contrôle, celle de personnes ayant eu des problèmes personnels de santé autre que le cancer. Il est intéressant de remarquer que le groupe cancer rapporte significativement, ici encore, plus de bénéfices au test comme aux entretiens où l'appréciation de la vie, le développement personnel, la capacité d'aider les autres et la foi sont significativement plus déclarés dans le groupe cancer.

En outre, les chercheurs avaient posé à tout l'échantillon une question sur la conscience de la mortalité. Là aussi, le groupe cancer est significativement plus conscient et concerné par la question de la mortalité que le groupe ayant des problèmes de santé autre que le cancer. Cette conscience accrue de la mortalité chez les personnes ayant eu le cancer, pourrait peut-être expliquer les différences de développement entre les deux groupes. Cette hypothèse mériterait d'être vérifiée. Enfin, il faut noter que ces résultats sont d'autant plus pertinents que le déclin perçu dans les deux groupes a aussi été évalué par entretiens dans ces deux groupes sur 4 points : stress psychologique, effets secondaires physiques, déclin dans l'image de soi, et relations aux autres détériorées. Aucune différence significative n'est trouvée en termes de déclin entre les groupes. Autrement dit, après 5 années, il n'y a pas de différences entre le déclin perçu par des personnes ayant eu le cancer du sein par rapport à des personnes ayant vécu d'autres problèmes de santé, tandis que celles ayant eu le cancer perçoivent significativement plus de bénéfices dans certaines domaines. Il y aurait donc un développement perçu unique et spécifique au cancer du sein.

2.3. Le PTG : réel ou illusoire ?

S'il y a bien une question incontournable dans les théories relatives au développement post-traumatique, c'est sans doute celle de savoir si le développement décrit et évalué dans les nombreuses études citées plus haut, est réel ou illusoire. C'est d'ailleurs l'objet de plusieurs revues de question (Sumalla, Ochoa & Blanco, 2009 ; Zoellner & Maercker, 2006). Quand une personne déclare par exemple avoir des relations plus proches avec les autres, et avoir développé de nouvelles activités du fait d'un événement aversif vécu, on peut se demander si ces déclarations correspondent aux faits, ou sont simplement une perception erronée d'une

réalité inchangée. Une autre façon de poser cette question est de s'interroger sur la nature du développement en tant qu'issue (réalité) ou processus (déclarations permettant à un individu de percevoir un mieux être dans une situation douloureuse, soit une forme de coping).

2.3.1. Des divergences sur cette question

3.3.1.1. Le développement post-traumatique est-il "post-traumatique" ?

Le premier point à clarifier pour répondre à cette question est déjà de s'assurer que le développement post-traumatique est bien, comme sa définition l'indique, "post-traumatique" et donc consécutif à un événement difficile, et non présent chez tous, simplement du fait du passage du temps. En effet, si ce premier postulat est faux, c'est tout le concept de développement qui pose problème, et la question de savoir s'il est illusoire ou réel devient même superflue.

Les études évaluant le développement post-traumatique dans des groupes ayant vécu des épreuves difficiles en comparaison avec des groupes contrôles n'ayant pas vécu de telles circonstances prouvent des scores et des prévalences de développement significativement plus élevés dans les premiers groupes que dans les seconds (Cordova et al., 2001 ; Park et al., 1996 ; Tedeschi & Calhoun, 1996 ; Tomich et al., 2005). Seule la recherche de Schroevers et al. (2006) va dans le sens inverse en trouvant que huit ans après un cancer, les survivants n'affirment pas plus de changements positifs que leurs homologues contrôles devant évaluer les changements survenus dans leur vie au cours des huit dernières années. S'il est vrai que ces résultats méritent attention, il faudrait cependant plus d'éléments sur la population contrôle. En effet, même si le groupe contrôle ne se réfère à aucun événement en particulier, il est probable qu'une partie de l'échantillon ait vécu une situation particulièrement difficile dans les huit dernières années, ayant provoqué des changements positifs déclarés par le groupe contrôle, qui présente alors un biais. La recherche de Schroevers et al. (2006) montrerait alors plutôt que le développement post-cancéreux n'est pas plus fort que le développement consécutif à d'autres événements de vie.

3.3.1.2. Le développement est-il lié à la désirabilité sociale ?

La seconde question que l'on se pose est de savoir si le développement post-traumatique déclaré ne serait pas le reflet d'une désirabilité sociale traduisant le désir d'afficher une capacité à réagir positivement dans la difficulté. Rares sont les articles ou ouvrages abordant cette question pourtant importante. Néanmoins, les protocoles incluant

simultanément des mesures de désirabilité sociale et de développement post-traumatique concluent sur la non pertinence de cette hypothèse (Harper et al., 2007 ; Park et al., étude 1, 1996 ; Salsman et al., 2008 ; Tedeschi & Calhoun, 1996). Dans la même idée, on a pu prouver une corrélation significative entre les résultats à un test de développement passé par un protagoniste et par un proche répondant au test selon sa vision des changements éventuels chez le protagoniste (Park et al., étude 2, 1996 ; Weiss, 2002). Il semble donc que les changements déclarés par une personne soient confirmés par son entourage. Ces résultats sont évidemment à prendre avec précaution, d'une part car la désirabilité sociale pourrait exister chez les proches tendant à donner une image valorisée du protagoniste, d'autre part car ces proches pourraient tout simplement rendre compte de propos entendus par la personne mais qu'ils ne peuvent pas forcément vérifier. Cela étant, globalement, ces résultats vont plutôt dans le sens d'un développement déclaré non lié à une désirabilité sociale.

2.3.1.3. Issue ou processus ?

Enfin, la dernière question à explorer ici est celle de savoir si le développement est réellement une issue telle que l'affirment Calhoun & Tedeschi (2004) ou bien un processus destiné à rehausser chez un individu son estime de soi, le contrôle qu'il a sur la situation et son bien-être affaibli après un stress majeur, comme certains auteurs l'envisagent (e.g. Affleck & Tennen, 1996 ; Morrill et al., 2008 ; Taylor, 1983). Dans ce dernier cas, il s'agirait d'une forme de coping cognitif. Interrogeant des personnes tout venant sur les changements positifs survenus dans leur attributs personnels (plus de sociabilité, de sagesse, de compétence, d'introspection, de bien-être, de vision sur ses perspectives d'avenir, etc.) durant les deux dernières années, sans référence à un événement particulier, McFarland et Alvaro (2000) remarquent plus de changements déclarés lorsqu'on induit expérimentalement un stress au moment de l'enquête que lorsqu'on induit un état de bien être. Autrement dit, les changements déclarés seraient pour ces auteurs en partie illusoires, puisque la seule menace déclenche l'affirmation de changements positifs (qu'ils soient réels ou non), comme si ces affirmations étaient une forme de coping permettant de compenser une menace induite. Schwarzer et al. (2006) ayant interrogé des personnes avant leur opération pour un cancer leur ont demandé d'estimer le temps qu'il leur faudrait pour retrouver leur état antérieur à l'opération. Plus les sujets estiment qu'il va leur falloir du temps, plus ils trouvent de bénéfices sur le moment, ainsi que 1 et 12 mois après l'opération. Ainsi, plus ils se sentent menacés par l'opération, plus

ils trouvent de bénéfices à la situation, comme par une sorte de compensation. Ces résultats corroborent ceux de McFarland et Alvaor (2000).

Tout cela est exactement ce que Taylor (1983) théorisait déjà une vingtaine d'années auparavant. Ayant interviewé 78 femmes ayant eu un cancer du sein, elle montrait que la plupart construisait une théorie de leur maladie qui donnait du sens à cette maladie et leur donnait l'illusion d'avoir du contrôle dessus, ainsi qu'une estime de soi préservée. Pour Taylor, (1983) cette adaptation cognitive faite d'illusions positives face à la difficulté, est nécessaire pour un bon ajustement psychologique. Les résultats de Widows et al. (2005) vont encore dans ce sens. Ces auteurs ont mesuré l'état psychologique de personnes cancéreuses avant une greffe de moelle osseuse (T1) et en moyenne deux ans après (T2). Ils ont aussi mesuré en T2 l'évaluation rétrospective que les sujets font de leur état en T1. Il se trouve que, rétrospectivement, les personnes déclarent beaucoup plus de stress que ce qu'elles déclaraient en T1. Tout comme dans l'étude de McFarland et Alvaro (2000), les sujets ont tendance à empirer le souvenir de leur état psychologique. Mais surtout, Widows et al. (2005) constatent que le développement post-traumatique déclaré en T2 est associé à ce biais de rappel (le fait de percevoir rétrospectivement son état psychologique comme bien pire que la mesure réelle prise en T1) et au changement perçu (c'est-à-dire à la différence entre son état en T2 et son état perçu rétrospectivement en T1), mais non au changement réel (= la différence entre les mesures réelles prises en T2 et T1). Finalement, le développement post-traumatique déclaré serait bien lié aux changements perçus, mais non aux changements réels (Widows et al., 2005). Il serait donc un processus et non une issue.

Tous ces résultats sont pourtant contraires à ceux de Tomich et al. (2005) qui avaient considéré un groupe de survivantes au cancer du sein, 5 ans après le diagnostic, comparé à un groupe se référant à un événement stressant survenu 5 ans auparavant. Or, alors qu'on ne notait pas de différence significative dans les deux groupes sur l'évaluation du stress engendré par la situation (cancer versus autre événement), le groupe "cancer" montrait significativement plus de développement évalué à la fois par un test et par entretiens. Si le PTG était uniquement une forme de coping, à stress égal, on aurait dû obtenir des niveaux égaux de PTG. Le développement post-traumatique déclaré n'est donc pas simplement le versant compensatoire d'une menace perçue et dépend assurément d'autres paramètres. C'est pourquoi dans cette perspective, il s'agirait plutôt d'une issue dépendante d'un certain nombre de paramètres, tels que différentes formes de coping.

Finalement, de façon schématique, on oppose parfois deux conceptions du PTG, l'une comme forme de coping et l'autre comme résultante du coping. Néanmoins, ces deux

conceptions ne sont pas forcément exclusives l'une de l'autre et le PTG pourrait être à la fois l'une et l'autre, simultanément ou successivement au cours du temps. Zoellner et Maercker (2006) proposent d'ailleurs un modèle du PTG à deux composantes, qu'ils appellent le modèle à double face de Janus (en référence au Dieu romain Janus, représenté avec deux visages opposés). Pour ces auteurs, le PTG pourrait à la fois, ou successivement, recouvrir des aspects de changements positifs illusoires visant à masquer une réalité trop dure, et des changements positifs réels survenants suite à un coping efficace.

2.3.2. Conclusion

Finalement, les recherches sont contradictoires quant à la véracité ou non du développement post-traumatique. Ce dernier dépend peut-être aussi de l'époque à laquelle il est évalué (proche ou loin du traumatisme). Factice mais perçu, il serait une forme de coping aidant le sujet dans une période encore proche du traumatisme, tandis qu'ultérieurement il deviendrait réel dans les faits. Telle est, en tout cas, l'hypothèse explicative de Calhoun et Tedeschi (2004) par rapport aux résultats contradictoires existant sur la véracité du développement. Bien qu'intéressante, il n'est pas sûr que la question de savoir si le développement est réel ou illusoire soit fondamentale, et ce pour deux raisons.

La première est que, plus que la réalité du développement, c'est sans doute la perception subjective de l'individu qui importe pour son bien-être (Collins et al., 1900 ; Park & Helgeson, 2006). Cette hypothèse a d'ailleurs été vérifiée au niveau du soutien social : le soutien social perçu a plus d'effet sur la qualité de vie mentale que le soutien social structurel (Carver et al., 2006 ; Helgeson et al. 2004). De la même façon, on peut penser que le développement perçu a autant d'impact sur la qualité de vie mentale que le développement réel.

La seconde raison est que le développement perçu (réel ou illusoire) montre des corrélats biologiques tout à fait passionnants. Rabe, Zöllner, Maercker & Karl (2006) ont pu prouver par électroencéphalogramme que l'activité cérébrale frontale gauche est significativement liée au développement (mesuré par une version allemande validée du PTGI) sur toutes les dimensions à l'exception de la spiritualité, dans le cas de personnes se référant à un accident de voiture survenu en moyenne cinq ans auparavant. Cette recherche confirme l'hypothèse des auteurs pour qui la région antérieure gauche du cortex, liée aux émotions positives et aux comportements d'approche orientés vers des buts (se donner des défis, faire face, etc.), devait être liée au développement, et suit la lignée des travaux de Epel, McEwen et

Ickovics (1998) qui, presque dix ans plus tôt avaient déjà cherché un lien entre le développement psychologique et son corrélat biologique.

Epel et al. (1998), faisant subir en laboratoire une série de stresseurs (problèmes insolubles et obligation de faire un discours) à plusieurs femmes trois jours de suite, ont mesuré leur sécrétion de cortisol au cours des trois jours, soit leur capacité d'adaptation au stress sur ces trois jours (moins on sécrète de cortisol, plus on s'adapte correctement à un stress chronique). Parallèlement, ils ont évalué à l'aide du PTGI le développement de ces femmes en référence à l'événement le plus stressant vécu de leur vie. L'adaptation biologique (diminution du taux de cortisol au cours de ces trois jours) est significativement corrélée à deux sous-échelles du PTGI : spiritualité et appréciation de la vie. Autrement dit, l'adaptation psychologique (évaluée par deux dimensions du PTGI) est bien liée à l'adaptation biologique à un stresseur (évaluée par la sécrétion de cortisol).

Pour conclure, même si la recherche tentant d'opérationnaliser un lien entre développement psychologique et développement physique n'en est qu'à ses prémisses et ne permet pas encore d'expliquer un lien de causalité entre facteurs psychologiques et physiques, elle prouve au moins que, réel ou illusoire, le développement déclaré a bien des corrélats biologiques, c'est-à-dire une traduction réelle biologique, ce qui nous incite à nous intéresser à ce facteur tel quel, même sans en connaître exactement encore sa nature.

2.4. Impact des facteurs sociodémographiques

2.4.1. L'âge

Transversalement, à 4 mois du diagnostic d'un cancer du sein, l'âge n'est pas lié au développement post-traumatique (Tomich & Helgeson, 2004). Inversement, de 1 à 4 ans du diagnostic de ce même cancer, en régressions hiérarchiques, l'âge prédit significativement au PTGI moins de développement dans les 3 dimensions évaluées pour les auteurs que sont les relations aux autres, les nouvelles possibilités et l'appréciation de la vie (Belizzi & Blank, 2006). De la même façon sur une étude à court terme après le cancer du sein, l'âge va de pair avec moins de PTGI (Cordova et al., 2007). Dans une recherche tout à fait comparable, mais utilisant 6 items propres à l'étude pour l'évaluation du développement, l'âge s'accompagne aussi de moins de PTG dans les analyses multivariées (Bower et al., 2005). C'est aussi le cas dans une étude sur la polyarthrite rhumatoïde, mais l'effet de l'âge ne joue ici que sur la

dimension philosophie de vie au PTGI (Dirik & Karanci, 2008). A court terme de divers cancers, l'âge est inversement associé aux changements positifs perçus en régressions multiples (Pinquart et al., 2007), tandis que sur une étendue plus longue (jusqu'à 9 ans du diagnostic de divers cancers), on trouve encore que le développement est plus fort chez les jeunes que chez les plus âgés dans des populations américaines (Bellizzi, 2004 ; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992 ; Lechner et al., 2003 ; Porter et al., 2006 ; Widows, Jacobsen, Booth-Jones & Fields, 2005), mais non dans une population malaisienne comparable sur les critères médicaux mais plus jeune (moyenne d'âge de 52 ans contre 62 dans l'étude précédente ; Schroevers et al., 2008). Sur la même étendue après le diagnostic (m=3ans, SD=3ans), mais cette fois uniquement sur le cancer du sein, la corrélation est inexistante entre l'âge et le développement (Morril et al., 2008). A 10 ans d'un cancer du sein, on ne note encore pas de corrélation entre développement et âge, sauf pour le domaine des nouvelles opportunités moins rapportées par les plus âgés (Mols et al., 2009).

Longitudinalement, l'âge au diagnostic ne prédit pas le développement évalué 12 mois plus tard dans une recherche sur le cancer du sein (Sears et al., 2003), alors qu'un jeune âge s'accompagne significativement de plus de bénéfices dans une recherche sur le cancer colorectal, également à un an du diagnostic (Salsman et al., 2008). Toujours longitudinalement mais à plus long terme, les résultats sont encore contradictoires ; en effet, pour Carver et al. (2006) l'âge au diagnostic n'est pas lié aux bénéfices trouvés au cancer 5 à 13 ans de la maladie, tandis qu'un jeune âge prédit significativement plus de bénéfices 5 à 10 ans de la maladie dans l'étude comparable de Bower et al. (2005).

Finalement, les résultats sur le lien entre développement post-traumatique et âge sont inconsistants selon les recherches, ce qui est d'ailleurs la conclusion de la revue de question de Linley et Joseph (2004) portant sur 39 études. Notons cependant que la méta-analyse de Helgeson et al. (2006), qui combine statistiquement les résultats de 87 études transversales sur toutes sortes d'événements douloureux, atteste de l'association entre l'âge jeune et le développement bien que la taille de l'effet soit faible ($r=-.07$, $p<.001$). En tout état de cause, on peut retenir que, s'il existe une corrélation entre l'âge et le développement, elle serait négative. Ceci serait d'ailleurs cohérent avec la différence du vécu du cancer selon l'âge. En effet, il a été démontré que le cancer provoque plus de changements à la fois négatifs et positifs chez les jeunes que chez les plus âgés (Bellizzi, 2004 ; Blank & Belizzi, 2008 ; Bower et al., 2005 ; Foley et al., 2006). S'il existe, le lien entre âge et développement serait donc bien négatif.

2.4.2. Les revenus

A court terme comme à long terme et quel que soit l'événement traumatique, les revenus ne sont pas liés au développement (Barak, Alderfer & Kazak, 2006 ; Cordova et al., 2007 ; Helgeson et al., 2006 ; Lechner et al., 2003 ; Sears et al., 2003 ; Widows et al., 2005). Quelques études sur le cancer du sein constatent cependant que des faibles revenus s'accompagnent de plus de PTG (Karanci & Erkam, 2007 ; Morrill et al., 2008 ; Tomich & Helgeson, 2004). A l'inverse, Bower et al. (2005) rapportent que, de 1 à 5 ans du cancer du sein, les femmes ayant les revenus les plus bas perçoivent moins de changements positifs que celles à hauts revenus, ce qui se confirme dans leurs analyses multivariées. Dans une étude comparable, Cordova et al. (2001) trouvent également une corrélation positive entre revenus et PTG, mais qui ne se confirme pas dans les analyses multivariées.

Raisonnablement, on ne peut donc que se rallier à Linley et Joseph (2004) qui concluent dans leur revue de la littérature à l'absence de lien entre les revenus et le développement.

2.4.3. Niveau d'études

Dans plusieurs protocoles, il n'existe aucune corrélation entre les deux variables (Dunkek-Schetter et al., 1992 ; Harper et al., 2007 ; Lechner et al., 2003 ; Sears et al., 2003), tandis que dans d'autres, le niveau d'étude est associé à moins de développement post-traumatique (Morrill et al., 2008 ; Urcuyo et al., 2005, Weiss, 2004 ; Widows et al., 2005). Longitudinalement et par régressions simultanées, un niveau d'étude peu élevé prédit plus de développement 5 à 10 ans du diagnostic (Bower et al., 2005 ; Carver et al., 2006). Bellizzi et Blank (2006) confirmeront ce résultat au PTGI mais pour une seule dimension, celle des "relations aux autres". Inversement, à court terme d'un cancer du sein (Cordova et al., 2007) comme de divers cancers (Pinquart et al., 2007), un lien positif a été établi, en régressions simultanées multiples, entre le niveau d'étude et le développement perçu. C'est également le cas dans une étude à long terme d'un cancer du sein, où un haut niveau d'éducation est directement associé dans un modèle en équations structurales au développement d'une nouvelle façon de voir la vie (Porter et al., 2006).

Finalement, les résultats sont inconsistants dans la littérature. On peut supposer que les patients à haut niveau d'éducation ont peut-être plus que les autres les ressources psychologiques et matérielles pour faire face à la maladie et vivre un développement post

traumatique. En même temps, ce sont peut-être aussi ces mêmes patients qui ont le plus à perdre du fait de leur maladie, ce qui pourrait aller à l'encontre de changements positifs.

2.4.4. Statut professionnel

Le plus souvent, on ne note pas de relation entre le fait de travailler (ou pas) et le PTG (Carver et al., 2006 ; Morrill et al., 2008 ; Lechner et al., 2003 ; Urcuyo et al., 2005 ; Widows et al., 2005). Dans une étude transversale de 1 à 4 ans du cancer du sein (Bellizzi & Blank, 2006), le fait de travailler à temps plein ou à mi-temps est pourtant associé significativement aux 3 dimensions du PTGI prises en compte que sont les relations aux autres, les nouvelles possibilités et l'appréciation de la vie.

2.4.5. Le statut conjugal

Transversalement, être avec quelqu'un prédit le développement uniquement pour les dimensions des "relations aux autres" et des "nouvelles possibilités" au PTGI (Bellizzi & Blank, 2006). Longitudinalement, les femmes mariées ou engagées avec quelqu'un dans les 5 années suivant leur cancer sont celles qui montreront les taux de développement les plus hauts 5 à 10 ans du diagnostic (Bower et al., 2005). Hormis dans les deux recherches précédentes, le statut conjugal n'est jamais lié au développement quels que soient les protocoles de recherche (Carver et al., 2006 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Harper et al., 2007 ; Morrill et al., 2008 ; Helgeson et al., 2006 ; Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2004 ; Urcuyo et al. 2005 ; Widows et al., 2005).

2.4.6. L'appartenance ethnique

L'appartenance ethnique n'est pas corrélée au score global au PTGI à un an de la fin des traitements du cancer du sein (Sears et al., 2003). Ce résultat est cependant à prendre avec beaucoup de précaution car l'échantillon précédent ne compte que 92 femmes dont seulement 13% de minorités ethniques. A court terme après un cancer du sein, d'autres recherches américaines montrent au contraire que l'appartenance à une minorité afro-américaine ou hispanique (par rapport au groupe de référence des femmes blanches) prédit positivement le développement post-traumatique (Bower et al., 2005 ; Tomich & Helgeson, 2004 ; Urcuyo et al., 2005). A statut socio-économique égal, les différences de PTG restent entre minorités et groupe de référence (Tomich & Helgeson, 2004), en revanche ces différences ne sont plus

significatives lorsqu'on contrôle le coping religieux (Urcuyo et al., 2005). L'effet ethnique sur le développement pourrait donc se comprendre par le coping religieux effectivement plus présent chez les femmes hispaniques et afro-américaines (Urcuyo et al., 2005). Ceci expliquerait pourquoi, à long terme, l'appartenance ethnique ne prédit plus le développement post-traumatique (Bower et al., 2005 ; Carver et al., 2006 ; Foley et al., 2006 ; Harper et al., 2007). En effet, si le traumatisme lié au cancer s'estompe avec le temps, le coping religieux associé aussi, et donc l'effet de l'appartenance ethnique médiatisé par le coping également.

Finalement, on retiendra que l'appartenance à une minorité ethnique favorise le développement post-traumatique à court terme ce qui est d'ailleurs la conclusion de la méta-analyse de Helgeson et al. (2006) sur toutes sortes d'événements traumatiques (avec une médiane à deux ans et demi de l'événement). L'effet de l'appartenance ethnique serait dû au coping religieux plus associé aux minorités.

2.4.7. Le sexe

Les quelques recherches ayant pris en compte cette question tendent à montrer qu'après un événement difficile, les femmes s'engageraient dans plus de développement que les hommes (Bellizzi, 2004 ; Foley et al., 2006 ; Helgeson et al., 2006 ; Lehman et al., 1993 ; Park et al., 1996 ; Pinquart et al., 2007 ; Tedeschi & Calhoun, 1996 ; Weiss, 2002).

Ainsi, dans les populations étudiantes se référant à l'événement le plus stressant vécu récemment, les scores de développement sont plus élevés chez les filles que chez les garçons (Park et al., 1996 ; Tedeschi & Calhoun, 1996).

Dans une étude sur les couples apprenant que la femme est atteinte du cancer du sein, à taux de stress égal entre les conjoints, la femme présente significativement plus de développement (Weiss, 2002). Par entretiens semi-directifs, on a observé qu'à long terme après le diagnostic d'un cancer, hommes et femmes attribuent des sens différents à leur cancer (Foley et al., 2006). Les femmes voient le côté positif de cette expérience, apprécient plus la vie et s'engagent dans plus d'activités suite au cancer, tandis que les hommes ont une approche plus factuelle du cancer. Ils reconnaissent avoir été malades mais ne considèrent pas à long terme que la maladie ait changé leur vie, ni en bien, ni en mal (Ibid). Bellizzi (2004) confirme ces résultats de façon quantitative dans sa recherche sur toutes sortes de cancers où les femmes ont des scores significativement plus élevés que les hommes au PTGI.

La recherche de Lehman et al. (1993) sur le deuil, tout comme la méta-analyse de Helgeson et al. (2006) réalisée à partir de 87 études transversales portant sur tous types

d'événements stressants, vont également dans le sens d'un effet du genre sur le développement. Certaines recherches sur des populations cancéreuses ne constatent cependant pas de différence significative entre hommes et femmes au niveau du développement (Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Ho et al., 2004 ; Lechner et al., 2003). Le manque d'homogénéité de ces populations (tous cancers, tous stades, sur de longues étendues de temps) pourrait peut-être expliquer l'absence d'effet de genre sur le développement. Cependant, dans une recherche homogène au niveau de la population (cancer des os, à en moyenne deux ans d'une greffe de moelle osseuse), Widows et al. (2005) ne trouvent pas non plus de différence significative au PTGI entre hommes et femmes. Dans une recherche à long terme sur le développement après l'annonce d'une maladie cardiaque, le sexe n'est encore pas un facteur discriminant des taux de développement (Sheikh, 2004). Pourtant dans l'étude de Pinquart et al. (2007), à court terme de divers cancers, les femmes vivent significativement plus de changements positifs que les hommes suite au cancer.

Qualitativement, on ne constate pas de différence selon le sexe dans la nature du développement lorsqu'il est évalué par le PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996 ; Weiss, 2002). Si d'autres études utilisant des entretiens ouverts seraient les bienvenues pour compléter ces premiers résultats, il semble en tout cas que les femmes soient plus propices au développement post-traumatique que les hommes.

2.5. Impact des facteurs médicaux

2.5.1. Le temps depuis le diagnostic (TDD)

On trouve quelques résultats contradictoires sur le lien entre le TDD et le développement post-traumatique dans la littérature. En effet, à très court terme, de 0 à 12 mois de l'opération du cancer du sein, Sears et al. (2003) trouvent une corrélation significative positive entre le temps passé et le PTGI ($r=.36$, $p<.001$), tandis que sur la même période, Urcuyo et al. (2005) ne trouvent aucun lien entre le temps et le développement évalué par un questionnaire propre à leur étude donnant une mesure unifactorielle de la VD. Sur une étendue plus longue (jusqu'à 9 ans du diagnostic) et transversalement, le temps ne prédit pas le développement post-traumatique dans cinq études où il est évalué par le PTGI (Bellizzi, 2004 ; Cordova et al., 2001 ; Harper et al., 2007 ; Morrill et al., 2008 ; Lechner et al., 2003), ainsi que dans l'étude de Dunkel-Schetter (1992) où il est évalué à travers une échelle de

coping comprenant un facteur de PTG, alors qu'il le prédit dans une étude où l'évaluation se fait par six items propres à l'étude (Bower et al., 2005). Dans cette dernière étude, de 1 à 5 ans après le diagnostic de cancer du sein, le développement post-traumatique diminue au cours du temps. Weiss (2004) trouve le même résultat dans une étude comparable où le développement est évalué par le PTGI. Le score total de PTGI, ainsi que les dimensions des "relations aux autres" et de "l'appréciation de la vie" sont négativement corrélés avec le temps passé depuis le diagnostic. Même constat dans une population d'adolescents, évalués à en moyenne 5 ans de la fin de leurs traitements anti-cancéreux (SD = 2.9 ans, divers cancers), où Barakat et al. (2006) notent une corrélation négative entre le développement post-traumatique et le temps écoulé depuis les traitements. Enfin, à plus long terme des traitements (de 5 à 13 ans des traitements), le développement n'est pas lié au temps passé depuis la maladie (Carver et al., 2006). Sur une étude de maladies cardiaques allant du diagnostic à plus de 10 ans, le temps n'est également pas lié au développement post-traumatique (Sheikh, 2004).

Finalement, à très court terme d'un cancer du sein (dans l'année qui suit le diagnostic), le temps permet le PTG (Sears et al., 2003), tandis qu'au-delà d'une année il pourrait s'accompagner d'une diminution de développement (Bower et al., 2005 ; Weiss, 2004) ou bien ne plus être lié à cette variable (Bellizzi, 2004 ; Cordova et al., 2001, 2007 ; Morrill et al., 2008 ; Lechner et al., 2003) tout comme dans la méta-analyse d'Helgeson et al. (2006) sur toutes sortes d'événements. Cependant, en toute rigueur, il faudrait considérer non pas les scores globaux de développement, mais plutôt les dimensions spécifiques de développement qui ne suivent pas toutes la même évolution (Cohen et al., 1998). Par exemple, suite au diagnostic d'un cancer, le développement des relations aux autres peut être assez immédiat, tandis que le sentiment de se sentir plus fort nécessite sans doute d'avoir déjà traversé une partie des épreuves (diagnostic, traitements, séquelles), et donc plus de temps (Ibid). Ainsi, l'absence de lien apparent entre développement et temps depuis le diagnostic pourrait être due à l'évaluation globale du PTG qui masque différentes évolutions de développement selon les dimensions.

2.5.2. Les traitements (type d'opération et traitements adjuvants)

Unanimement, à court comme à long terme, le type d'opération (mastectomie versus chirurgie conservatrice) n'est pas corrélé avec le développement post-traumatique (Carver et al., 2006 ; Cordova et al., 2007 ; Mols et al., 2009 ; Morrill et al., 2008 ; Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2006).

Dans beaucoup d'études, les traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) ne sont pas associés au PTG (Bower et al., 2005 ; Carver et al., 2006 ; Cordova et al., 2007 ; Morrill et al., 2008 ; Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2004). Schroevers et Teo (2008) trouvent cependant que 5% de la variance du PTGI est expliquée par le fait d'avoir reçu de la chimiothérapie (régression pas à pas avec la chimiothérapie introduite à l'étape 1), dans une étude malaisienne sur toutes sortes de cancers. Harper et al. (2007) trouvent une faible corrélation positive de 0.13 ($p<0.05$) entre le fait d'avoir eu un traitement adjuvant et le développement post-traumatique. En outre, en régressions logistiques, le fait de n'avoir eu qu'un traitement adjuvant (radio ou chimio) au lieu de deux (radio et chimio) diminue le développement (Harper et al., 2007). Inversement, à 10 ans du diagnostic, le fait d'avoir reçu de la radiothérapie est négativement associé au développement post-traumatique (Mols et al., 2009).

En bref, si nombre d'études ne trouvent pas de lien entre traitements et PTG, il faut cependant garder en tête que certaines études trouvent un lien positif entre les deux (Harper et al., 2007 ; Schroevers & Teo, 2008), tandis qu'un lien négatif a aussi été mis en évidence (Mols et al., 2009), suggérant des liens complexes entre traitements et changements positifs.

2.5.3. Gravité de la maladie : stade de la tumeur et récidive

Très peu d'études sur le PTG prennent en compte le stade de la tumeur et/ou la récidive, d'où notre choix de regrouper ces deux variables dans une même partie.

A moins d'un an du diagnostic du cancer du sein, les femmes atteintes d'une tumeur au stade II présentent significativement plus de développement post-traumatique que celles dont la tumeur n'était qu'au stade I (Tomich & Helgeson, 2004 ; Urcuyo et al., 2005). Pourtant, à en moyenne 9 mois du diagnostic (avec une étendue de 2 à 27 mois), Cordova et al. (2007) ne trouvent pas de lien significatif entre le stade de la tumeur (I, II ou III) et le PTG. Même résultat à 10 ans du diagnostic où Mols et al. (2009) ne trouvent pas de lien entre le stade de la tumeur et le développement post-traumatique au PTGI, alors qu'ils trouvent une corrélation négative entre le stade de la tumeur et les bénéfices perçus évalués avec la Perceived Disease Impact Scale. A en moyenne trois ans du diagnostic (SD= 3.4 ans), Lechner et al. (2003) trouvent que les femmes ayant une tumeur au stade II ont des scores significativement plus élevés au PTGI que celles ayant une tumeur au stade I ou IV. Ils ne trouvent en revanche pas de différence entre les stade II et III. Finalement, les auteurs confirment un lien en forme de U inversé entre stade de la maladie et développement (régression curvilinéaire significative ;

Lechner et al., 2003). Pour trouver des bénéfices à la maladie, il est donc nécessaire que cette dernière soit objectivement menaçante sans l'être trop toutefois. Dans leur revue de question, Linley et Joseph (2004) confirment ce constat sur toutes sortes d'événements traumatiques en trouvant la même relation curvilinéaire entre la gravité du traumatisme et le fait de trouver des bénéfices à l'événement.

Outre ces résultats globaux, il peut être intéressant d'affiner ces conclusions en fonction des domaines spécifiques du PTG. Bellizzi et Blank (2006) étudiant à l'aide du PTGI des femmes de 1 à 4 ans des traitements de leur cancer du sein, montrent que celles qui souffrent d'un cancer au stade IV ont plus de développement dans les relations aux autres et les nouvelles possibilités que celles au stade I, mais que ces différences n'existent en revanche pas en ce qui concerne l'appréciation de la vie. La gravité du cancer selon le stade pourrait donc plus jouer sur certains domaines de développement que sur d'autres.

En ce qui concerne la récidive du cancer, elle ne prédit pas le PTG (Carver et al., 2006 ; Tomich & Helgeson, 2006), en revanche l'interaction "récidive*contrôle sur la maladie évalué au diagnostic" prédit significativement moins de développement 5 ans après (β=-.30, $p<.05$; Tomich & Helgeson, 2006). Ainsi, la récidive empêche le développement post-traumatique uniquement chez les femmes qui pensaient justement avoir un certain contrôle sur l'évolution de leur cancer.

2.6. L'évaluation quantitative du développement

Une mesure quantitative du développement est nécessaire dans notre étude afin de comparer nos résultats à d'autres études quantitatives et d'effectuer un certains nombre de calculs utiles par rapport à nos interrogations : lien entre développement et qualité de vie pour la présente étude ; entre développement, antécédents et facteurs transactionnels pour les études suivantes.

Les deux mesures quantitatives de référence pour évaluer le développement sont le PTGI et le SRGS. Les revues de questions sur le sujet en sont une bonne illustration. Celle de Linley et Joseph (2004) comporte 10 recherches utilisant le PTGI, 7 le SRGS, 5 divers tests validés, 8 des tests non validés, et 9 une évaluation qualitative. La méta-analyse de Helgeson

et al. (2006) comprend 22 études utilisant le PTGI, 17 le SRGS, 30 diverses procédures quantitatives autres, et 21 évaluations qualitatives.

Le PTGI s'impose par rapport au SRGS pour trois raisons. Premièrement, il permet une évaluation plus fine du développement, d'une part, par une échelle de Likert en 6 points contre 3 pour le SRGS, d'autre part, car il multidimensionnel (5 sous-échelles) contrairement au SRGS, dont l'unidimensionnalité peut poser des problèmes de validité (Armeli et al., 2001). Deuxièmement, il convient mieux que le SRGS à notre étude. En effet, il a été construit et validé à partir d'une population d'étudiants ayant vécu un événement significativement douloureux dans les 5 dernières années (deuil, accident grave, séparation, etc.), tandis qu'il s'agissait d'une population étudiante tout venant au SRGS dont l'événement de référence était comparativement moins douloureux et remontait à 5 mois seulement en moyenne. Troisièmement, avec 21 items contre 50 pour le SRGS, il est concrètement moins long à faire passer.

Outre ces arguments, le PTGI convient également en raison de ces qualités psychométriques tout à fait correctes. En effet, la validation réalisée par les auteurs du test montre une validité interne tout à fait acceptable avec un alpha de Cronbach de .90 pour le score total, et allant de .67 à .85 pour les sous-échelles (Tedeschi & Calhoun, 1996). Ces indicateurs sont mêmes supérieurs dans les études réalisées sur le cancer du sein (Cordova et al., 2001 ; Sears et al., 2003 ; Weiss, 2002). La validité test-retest à deux mois d'écart est de r = .71 pour le score global (Tedeschi & Calhoun, 1996). Enfin, la validité de construit a été vérifiée par les auteurs qui trouvent bien une différence significative au PTGI entre les étudiants ayant vécu un traumatisme dans les 5 dernières années et les autres n'ayant pas vécu une telle situation (Ibid).

3. Existe-t-il un lien entre développement post-traumatique et critères d'ajustement ?

Le développement post-traumatique étant défini comme tout changement positif survenant à l'issue d'un événement douloureux, on peut intuitivement penser qu'il est lié à un bien-être se traduisant par une humeur et des affects positifs, peu d'anxiété ou de dépression, une qualité de vie meilleure, voire un bien-être physique réel. On se propose d'examiner l'avancée de la recherche sur cette question du lien entre développement et ajustement, en considérant d'abord divers critères d'ajustement, puis en se focalisant ensuite sur la qualité de vie.

3.1. Développement post-traumatique et divers critères d'ajustement

3.1.1. Dans les recherches sur le cancer du sein

Les études sur le lien entre développement et ajustement lors de cancers du sein présentent des résultats étonnants et contradictoires.

Les bénéfices trouvés lors des traitements ou peu après, ne prédisent nullement l'humeur un an plus tard (Sears et al., 2003), voire prédisent des affects plus négatifs pour les femmes au stade cancéreux plus avancé au diagnostic (Tomich & Helgeson, 2004). Inversement, ces mêmes bénéfices évalués au diagnostic se révèlent prédicteurs de moins d'anxiété et de dépression, ainsi que plus d'émotions positives 4 à 7 ans plus tard, dans des études réalisées cette fois uniquement auprès de femmes diagnostiquées pour un cancer au stade I ou II (Bower et al., 2005 ; Carver & Antoni, 2004). La sévérité objective de la maladie pourrait donc être un facteur explicatif du lien entre développement et ajustement, dans les recherches longitudinales du moins.

Les études transversales ne montrent pas plus d'accord entre elles, quand elles ne sont pas totalement contradictoires. A moins d'un an de l'opération du sein, le développement est lié négativement à la détresse et à la dépression (Urcuyo et al., 2005). Dans des travaux comparables (Stades I à III, évaluation à en moyenne deux ans du diagnostic), le développement n'est ni corrélé à la détresse ni au bien-être pour Cordova et al. (2001), alors que le développement est positivement lié au bien-être chez Taylor, Licthman et Wood (1984). A moins de cinq ans du diagnostic, certaines recherches trouvent aussi un lien positif entre développement et affects positifs (Bower et al., 2005 ; Tomich et Helgeson, 2002). Inversement, en suivant l'évolution de la qualité de vie de femmes de 4 mois à 4,5 ans après leur cancer, Helgeson et al. (2004) montrent par des analyses en croissances latentes, que celles qui trouvent des bénéfices à leur cancer sont celles dont la qualité de vie mentale est la moins bonne au départ de l'enquête, et qui se dégrade tout au long des quatre années. Enfin, le développement pourrait agir sur l'ajustement, indirectement et par interactions avec d'autres variables. Par exemple, à en moyenne 4 ans d'un cancer du sein, le PTG interagit avec le syndrome de stress post-traumatique dans le sens qu'il modère l'effet de ce dernier sur les symptômes dépressifs (Morrill et al., 2008). Enfin, à plus de 5 ans d'un diagnostic de cancers (de cancers du sein pour la majorité), le développement post-traumatique est associé à moins d'anxiété et de détresse psychologique (Ho et al., 2004).

Egalement à noter sont les travaux de Lechner et al. (2006). Ils révèlent à court comme à long terme (durant les traitements, et 5 à 8 ans après) une relation curvilinéaire entre

développement et 4 autres variables que sont les affects positifs, négatifs, la dépression et l'isolement social. Les femmes trouvant peu ou beaucoup de bénéfices à leur cancer ont un bon ajustement par rapport aux 4 variables précédentes, tandis que celles trouvant moyennement de bénéfices ont l'ajustement le plus bas sur ces variables. Certaines femmes peuvent ne pas percevoir le cancer comme une forte menace ou crise, auquel cas, elles devraient présenter un ajustement correct, et n'ont pas lieu de trouver des bénéfices suite au cancer. C'est ainsi que les auteurs expliquent une première partie de la courbe. Inversement, pour d'autres la menace perçue est grande, et donc potentiellement source de développement, alors lié à un ajustement positif. Ces personnes correspondraient à l'opposé de la courbe. Enfin, au milieu se situent des femmes montrant un peu de développement et l'ajustement le moins bon. Pour ces dernières, on peut faire l'hypothèse suivante. Si elles présentent un certain développement, c'est qu'il y a un eu un véritable stress (car par définition, il n'y a pas de développement post-traumatique sans traumatisme). Néanmoins, si ce développement est seulement moyen, il n'est peut-être pas assez fort pour compenser les séquelles liées au stress, et l'ajustement serait donc faible.

A 10 ans du diagnostic, Mols et al. (2009) révèlent des corrélations positives assez importantes entre le développement au PTGI et la satisfaction de la vie ($r = 0.45$, $p < 0.001$ pour la corrélation entre le domaine des relations aux autres au PTGI et la satisfaction de la vie par exemple), alors qu'ils ne trouvent pas de corrélations entre le PTGI et le bien-être psychologique, ou encore entre le PTGI et le statut de santé.

Les résultats divergents mis ici en exergue s'expliquent sans doute en partie par des questions méthodologiques. Il est vrai que dans ces études, les outils sont souvent différents. Par exemple, l'humeur est tantôt évaluée par la PANAS (Positive and Negative Affectivity Scale ; Tomich & Helgeson, 2002), tantôt par la POMS (Profil of Mood States ; Sears et al., 2003) ; le bien être opérationnalisé par la Ryff's Well-being Scale et l'IES (Impact of Event Scale ; Cordova et al., 2001), ou par un score unique d'ajustement obtenu à partir de 6 critères (Taylor et al., 1984) ; le développement par un test adapté de la Behr's Positive Contributions Scale (Tomich & Helgeson, 2004) ou par le PTGI et des entretiens (Sears et al., 2003), etc. En outre, pour être parfaitement comparables, il faudrait aussi une harmonisation des travaux, au moins sur le temps écoulé depuis le diagnostic, la sévérité du cancer au diagnostic, la variable dépendante (satisfaction de la vie, bien-être, qualité de vie, etc.) ainsi que la procédure d'étude (longitudinale ou transversale), ce qui est rarement le cas. De plus, ces variables ne sont pas toujours contrôlées.

Malgré ces hypothèses explicatives, les contradictions exposées restent surprenantes et ne s'expliquent certainement pas que par des questions méthodologiques. D'autres hypothèses sont intéressantes. La revue de la littérature de Sumalla et al. (2009) suggère par exemple que, plus que le développement évalué à un temps précis, ce serait son évolution au cours du temps (peu de développement dans un premier temps et de plus en plus au cours du temps) qui s'accompagnerait alors de plus de bien-être, et de moins de détresse.

3.1.2. Dans les recherches sur toutes sortes d'événements

Dans cette partie, on traitera d'abord du lien entre développement et ajustement mental, avant de passer au lien entre développement et ajustement physique.

3.1.2.1. PTG et ajustement mental

Pour répondre plus globalement à la question du lien entre développement et ajustement, on peut considérer toutes sortes de traumatismes et non plus seulement le cancer du sein. C'est précisément l'objectif d'une méta-analyse de 87 études transversales touchant à toutes sortes de traumatismes, qui prouve que, si le développement est lié à moins de dépression et à plus de bien-être, il s'associe également à plus de pensées intrusives par rapport à l'événement traumatique (Helegeson et al., 2006). En outre, d'après cette méta-analyse, le développement n'est corrélé ni à l'anxiété, ni à la détresse globale. Les auteurs proposent des hypothèses explicatives concernant l'anxiété et la détresse globale. Concernant l'anxiété, leur explication est la suivante. Puisque le développement est lié à moins de dépression (Helgeson et al., 2006), il doit être logiquement lié à moins d'anxiété ; cependant, parce qu'il s'accompagne de plus de pensées intrusives (Ibid.), il doit logiquement s'accompagner de plus d'anxiété. Finalement, cet antagonisme expliquerait le non lien résultant. Quant à la détresse globale, il s'agit pour les auteurs d'un biais méthodologique, leur catégorie de "détresse globale" regroupant trop de concepts différents et non clairement définis. Globalement, la méta-analyse de Helgeson et al. (2006) rejoint donc la revue de question de Afffleck et Tennen (1996) sur toutes sortes d'événements de santé, et celle de Linley et Joseph (2004) sur toutes sortes de traumatismes, qui concluent toutes deux à un lien positif entre développement et ajustement. On notera que les deux revues de question citées comprennent des études transversales et longitudinales.

Malgré ces résultats sur un lien positif entre PTG et ajustement, il ne faut pas négliger le nombre de recherches en contradiction avec cette conclusion. Lehman et al. (1993) montrent que les bénéfices trouvés lors d'un deuil ne prédisent, ni l'anxiété, ni la dépression, ni le bien-être 4 à 7 ans plus tard. De la même façon, à court terme de divers cancers, le développement n'est lié ni à l'anxiété, ni à la dépression, ni au bien-être ou à la qualité de vie globale (Salsman et al., 2008 ; Schroevers & Teo, 2008 ; Schulz & Mohamed, 2004). A en moyenne deux ans d'une greffe de moelle osseuse suite à un cancer des os, le développement post-traumatique n'est pas non plus lié à la détresse psychologique (Widows, Jacobsen, Booth-Jones & Fields, 2005). Dans une population étudiante et en référence à une multitude d'événements stressants, Park et Fenster (2004) ne trouvent pas non plus de lien entre développement et dépression, alors qu'ils en trouvent un entre développement et humeur. On retrouve aussi le lien entre développement et humeur dans une étude longitudinale sur des maladies chroniques, où le fait de trouver des bénéfices à la maladie prédit significativement l'humeur positive un an plus tard (Evers et al., 2001). Inversement, dans une étude sur l'arthrose chronique, Tennen et al. (1992) ne trouvent pas de lien entre le développement et l'humeur au quotidien. Cependant, ils montrent que le développement interagit avec la sévérité de la douleur, pour prédire le nombre de jours où les personnes doivent limiter leurs activités à cause de la douleur. Chez les personnes à faible douleur, le développement n'est pas lié au nombre de jours à activités limitées, tandis que les chez les personnes à douleur forte, le développement diminue le nombre de jours à activités limitées.

Finalement, la question du lien entre développement et ajustement mental est loin d'être résolue (Sumalla et al., 2009). La revue de question de Zoellner et Maercker (2006) conclut d'ailleurs à des liens inconsistants entre le PTG et les issues que sont le syndrome de stress post-traumatique, la dépression, ainsi que d'autres variables telles que la détresse générale, l'anxiété, l'évitement, la colère, etc. Ces auteurs mettent aussi en évidence des différences de résultats entre études transversales et longitudinales. Dans ces dernières, le PTG évalué à proximité temporelle du traumatisme est toujours prédicteur de l'ajustement ultérieur, tandis que dans les études transversales, les liens sont inconsistants et le plus souvent inexistants. Cette inexistence de liens, bien que contre intuitive, ne paraît pas forcément illogique (Sumalla et al., 2009). En effet, comme son nom l'indique, le développement post-traumatique survient après un élément traumatique, ou du moins fortement stressant et/ou douloureux. Il en résulte logiquement qu'il coexiste donc avec l'anxiété et/ou la dépression associées à cet événement. Ainsi, si on peut intuitivement penser que le développement s'accompagne d'un mieux-être, il ne faut pas oublier qu'il tient son

existence d'un certain mal-être. Les deux s'annulant (bien-être et mal-être), le rapport entre développement et ajustement émotionnel pourrait donc être nul (Sumalla et al., 2009), surtout dans les études transversales, comme le constatent d'ailleurs Zoellner et Maercker (2006).

Enfin, l'étude longitudinale de Pinquart et al. (2007) à court terme de divers cancers apporte un éclairage intéressant sur la question. Les auteurs montrent que les changements positifs perçus à 9 mois d'un cancer prédisent significativement l'affectivité positive (version état) 9 mois plus tard (donc à 18 mois du cancer), avec contrôle de l'affectivité-état initiale. En revanche, ces changements positifs ne prédisent pas une diminution de l'affectivité négative état à 18 mois. Inversement, les changements négatifs perçus à 9 mois prédisent plus d'affectivité négative à 18 mois, mais n'influencent pas l'affectivité positive état à 18 mois. Autrement dit, les variables dépendantes "positives" (ici l'affectivité positive, version état) semblent être influencées préférentiellement par les variables indépendantes "positives" (telles que les changements positifs perçus ici), tandis que les variables dépendantes "négatives" (affectivité négative version état) plutôt par des variables indépendantes "négatives" (changements négatifs perçus ici). Ce constat semble important à retenir, et Abbey et Andrews (1985) l'avaient déjà formulé dans un autre contexte, celui de la prédiction de la qualité de vie, montrant que les dimensions "positives" de la qualité de vie étaient influencées par des variables indépendantes "positives", tandis que les dimensions dégradées ou "négatives" de l'issue (par exemple limitations diverses) étaient sensibles aux variables prédictrices "négatives". Dans cette optique, il serait donc peu probable d'espérer que les changements positifs aient un impact direct fort sur des issues comme la dépression ou l'anxiété, ce qui expliquerait déjà un bon nombre de résultats de la littérature.

Afin d'éclaircir ce rapport plus amplement, plusieurs questions ou pistes pourraient, entre autres, être utiles. Il faudrait :

- voir si le PTG se maintient ou non avec le temps. En effet, Linley et Joseph (2004) suggèrent que lorsque le développement se dissout avec le temps, logiquement, son lien avec l'ajustement disparaît également ;
- examiner si le PTG survient en coexistence avec des changements négatifs ressentis, c'est-à-dire de façon réaliste, (auquel cas il pourrait avoir une fonction adaptative), ou bien s'il survient comme une euphorie irréaliste qui tendrait à nier les changements négatifs inhérents à tout événement stressant (auquel cas, il serait plutôt délétère). Il a en effet été démontré chez des hommes atteints du SIDA que, les mieux ajustés d'entre eux, étaient ceux qui déclaraient à la fois des changements positifs et négatifs (Taylor et al.,

1991). Autrement dit, la prise en compte d'autres variables que le PTG (ressentis de changements négatifs par exemple) permettrait sans doute de mieux comprendre sa nature, et donc son lien avec l'ajustement mental. A ce titre, la conception à deux composantes du PTG de Zoellner et Maercker (2006) est ici intéressante. Pour ces auteurs, le PTG pourrait tantôt être une illusion masquant une réalité trop difficile à supporter, tantôt une réalité conséquente d'un coping adapté. Dans le cas d'un PTG reflet de simples illusions niant la réalité, l'ajustement serait logiquement mauvais. Inversement, dans le cas où le PTG serait le reflet de copings durables et efficaces, l'ajustement devrait être bon (Zoellner & Maercker, 2006) ;

- noter avec quels outils le PTG est évalué. Zoellner et Maercker (2006) font remarquer que, lorsque le PTG est évalué par des outils standardisés, il ne montre pas de lien avec le syndrome de stress post-traumatique (ou des liens positifs), tandis qu'évalué par des échelles non standardisées ou par interviews, le PTG est négativement lié à ce même syndrome ;
- prendre en compte certaines caractéristiques du traumatisme : prévisibilité (comme le décès d'un proche malade depuis longtemps) versus non prévisibilité (cancer du poumon chez un non fumeur), gravité, etc. En effet, il est possible que le PTG interagisse avec certaines variables dans son effet sur l'ajustement (Tennen et al., 1992 ; Zoellner & Maercker, 2006) ;
- s'intéresser à l'impact des changements positifs déclarés dans la vie concrète des personnes qui les déclarent. Sears et al. (2003) ont montré que, suite à un cancer du sein, la simple identification de bénéfices tirés de la maladie, n'influence pas l'ajustement, alors que l'effort de rappel à la conscience et d'utilisation de ces bénéfices prédit l'humeur positive et la santé perçue.

Sans être exhaustives, ces suggestions permettraient de mieux appréhender les liens entre développement et ajustement mental.

3.1.2.2. PTG et ajustement physique

Les rares études portant sur le lien entre développement et ajustement physique sont bien plus concordantes et vont dans le sens d'une corrélation positive (Affleck, Tennen, Croog & Levine, 1987 ; Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 1998 ; Epel et al., 1998). Les bénéfices rapportés lors de maladies chroniques prédisent moins de plaintes physiques par rapport à la

maladie, soit moins de douleur et de fatigue (Evers et al., 2001). Trouver des bénéfices après une première attaque cardiaque prédit significativement une meilleure santé cardiaque et une probabilité moindre de refaire une attaque dans les 8 années suivantes chez 58% des 345 hommes évalués juste après la première attaque (Affleck et al., 1987). L'âge, le statut socioéconomique et l'état de santé lors de la première crise étaient contrôlés. De la même façon, Bower, et al. (1998) montrent que certains hommes séropositifs venant de perdre un proche du SIDA arrivent à trouver du sens au deuil vécu. C'est ce qu'ils appellent le *discovery of meaning*, concept proche du PTG de Tedeschi et Calhoun (1996) puisqu'il s'agit des changements de valeurs, priorités et façons de voir la vie. Les hommes arrivant à trouver du sens à cette expérience de deuil présentent dans les trois années suivantes un déclin moins rapide de leurs cellules immunitaires CD4 T que les autres, et donc indirectement des taux de mortalité inférieurs (Bower et al., 1998). Ici encore un certain nombre de variables sont contrôlées, dont, entre autres, la santé initiale et les comportements de santé durant les trois ans de suivi. Enfin, on rappelle l'expérience de Epel et al. (1998) mettant en évidence un lien positif entre deux domaines du PTGI (changements spirituels et appréciation de la vie) et l'adaptation biologique à un stresseur, évaluée par l'évolution des secrétions de cortisol sur trois jours.

Les données de la recherche sur le lien entre développement et ajustement physique sont donc encourageantes, bien que rarissimes.

3. 2. Développement post-traumatique et qualité de vie

Dans les recherches sur le cancer du sein, le développement évalué dans l'année du traitement est prédictif d'une qualité de vie meilleure 4 à 7 ans plus tard pour des femmes diagnostiquées au premier stade (Carver & Antoni, 2004). Au contraire, pour des femmes diagnostiquées à un stade avancé du cancer, le développement évalué à 4 mois du diagnostic est prédictif d'une moins bonne qualité de vie mentale 13 mois plus tard, (Tomich & Helgeson, 2004). Sears et al. (2003) ne considérant que des femmes aux stades I et II, ne trouvent aucun lien entre le développement évalué après les traitements et la qualité de vie 12 mois après. Sur une autre étude aux stades I et II, le développement évalué de 1 à 5 ans du diagnostic ne prédit pas non plus la qualité de vie 5 à 10 ans plus tard (Bower et al., 2005). La sévérité du cancer au diagnostic pourrait donc, ici encore, jouer un rôle dans la

compréhension du lien entre développement et qualité de vie dans les observations longitudinales.

Transversalement et toujours sur le cancer du sein, à moins d'un an du diagnostic, le développement est positivement corrélé à la qualité de vie générale perçue (Urcuyo et al., 2005). A long terme, la corrélation se perd (Stades I à III ; Avis et al., 2005 ; Tomich et Helgeson, 2002). Lechner et al. (2006) offrent encore un autre pattern de résultats sur des femmes aux stades I et II. A court comme à long terme, ils trouvent un lien curvilinéaire entre développement et qualité de vie. Un faible ou un fort développement sont liés à une haute qualité de vie, tandis qu'un développement moyen est associé à une qualité de vie moindre, d'où la curvilinéarité du lien entre les deux issues (Lechner et al., 2006). Enfin, le fait de trouver des bénéfices après un cancer du sein peut même être associé à une qualité de vie mentale plus diminuée qu'en l'absence de bénéfices déclarés (Helgeson et al., 2004).

Transversalement et à plus de 5 ans du diagnostic sur tous types de cancers, le développement est lié positivement à la qualité de vie évaluée par les sujets sur une échelle visuelle analogique (Avis et al., 2005 ; Foley et al., 2006). En contrôlant les variables sociodémographiques et médicales, il prédit même la qualité de vie en régressions simultanées (Morrill et al., 2008). En outre, le PTG interagit avec le syndrome post-traumatique dans le sens où il modère l'effet de ce dernier sur la qualité de vie (Morrill et al., 2008). Inversement, sur tous types d'événements cette fois, la méta-analyse de Helgeson et al. (2006) réalisée à partir d'études transversales, aboutit à la conclusion que le développement n'est pas lié à la qualité de vie.

La divergence des résultats présentés ci-dessus ne permet pas de conclure sur le lien entre développement et qualité de vie. Ici encore, on peut imputer en partie cette divergence à l'hétérogénéité des outils d'évaluation, qu'il s'agisse du développement ou de la qualité de vie. En outre, le concept de qualité de vie est tellement large qu'Helgeson et al. (2006) ne s'étonnent pas de l'absence de lien entre développement et qualité de vie dans leur méta-analyse. Ils préconisent plutôt l'étude du lien entre développement et chacun des divers domaines compris dans la qualité de vie. D'une façon large, toutes les pistes explicatives évoquées précédemment dans la partie sur le lien entre "Développement post-traumatique et divers critères d'ajustement" (Page 94) peuvent être reprises ici.

Mais, plus intéressant est sans doute la piste ouverte par Schwarzer et al. (2006) dans une recherche à court terme de divers cancers. Evaluant le développement et la qualité de vie en trois temps, une semaine avant l'opération (T1), un mois et un an après l'opération (T2 et

T3), ils ne trouvent à aucun de ces trois temps de lien entre les deux variables. En revanche, en régressions hiérarchiques incluant les taux initiaux de développement et de qualité de vie, ainsi que des variables sociodémographiques et médicales, l'augmentation du développement de T1 à T3 prédit bien la qualité de vie en T3. Ainsi, comme le suggère Sumalla et al. (2009), une approche plus dynamique du développement pourrait sans doute aider à la compréhension de son lien avec la qualité de vie

3.3. Conclusion

Au regard de la littérature scientifique actuelle, il est difficile de se prononcer sur le lien entre développement et ajustement tant les conclusions des recherches sont divergentes (Linley & Joseph, 2004 ; Park, 2004). Outre les problèmes méthodologiques déjà évoqués, la nature du développement, réel ou seulement perçu, pourrait expliquer ces liens inconsistants avec l'ajustement (Calhoun & Tedeschi, 2004). Une autre hypothèse est que, plus que le simple fait de trouver des bénéfices à une situation difficile, ce serait le travail, l'effort réalisé sur ces bénéfices trouvés qui permettrait un meilleur ajustement (Sears et al., 2003). C'est pourquoi la prise en compte de variables modératrices telles que le coping, le stress perçu, la personnalité ou les ressources psychosociales serait assurément un apport à la recherche sur cette question (Park, 2004).

Chapitre 2 : Influence des facteurs de personnalité sur la qualité de vie et le développement post-traumatique.

1. L' Optimisme, le PTG et la Qualité de vie

1.1. Définition

L'optimisme est une attente générale positive envers le futur qui couvre plus ou moins tous les domaines de vie (Carver & Scheier, 2005). C'est une confiance diffuse en l'avenir. Ainsi, comme le résument ces deux auteurs, "*les optimistes sont des personnes qui s'attendent à ce que des choses positives leur arrivent, les pessimistes sont des personnes qui s'attendent à ce que des choses négatives leur arrivent*" (Ibid, p. 231, traduction libre). Beaucoup de théories se rejoignent sur le fait que les attentes des gens déterminent leurs actions et comportements ("*Expectancy-Value Model of Motivation*", Carver & Scheier, 2005 ; "*Behavioural Self-Regulation Theory*", Friedman et al., 2006). Ainsi, dans des situations difficiles ou d'incertitudes, les optimistes sont théoriquement plus actifs pour tenter de résoudre les problèmes, et persévérants dans leurs actions que les pessimistes (Carver & Scheier, 2005). Enfin, il existe bien-sûr un continuum entre les plus optimistes et les plus pessimistes, la population se distribuant normalement sur cette variable (Ibid).

Le LOT-R (Life Orientation Test-Revised ; Scheier et al., 1994) est le questionnaire le plus fréquent de l'optimisme/pessimisme dispositionnel décrit ci-dessus. Le LOT-R est la révision du LOT originel de 1985 qui contenait huit items (aucun item n'était de remplissage ; Scheier & Carver, 1985). La révision du LOT a abouti à l'élimination de deux items qui n'évaluaient pas l'optimisme mais bien une façon de réagir au stress, soit une forme de coping. Les deux items enlevés étaient : "*I always look on the bright side of things*" ("*Je cherche toujours à voir le bon côté des choses*", traduction libre) et "*I'm a believer in the idea that every cloud has a silver lining*" ("*Je crois vraiment qu'à toute chose malheur est bon*", traduction libre). Il faut donc garder à l'esprit que dans la littérature, l'optimisme évalué par le LOT (Scheier & Carver, 1985) contient deux items de coping qui peuvent biaiser certains résultats, comme le lien entre optimisme et coping par exemple. Pour chaque recherche, nous préciserons ainsi par quel moyen l'optimisme est évalué.

1.2. L'optimisme est-il prédicteur du PTG ?

1.2.1. Effet direct de l'optimisme sur le PTG

Dans la littérature, optimisme et PTG sont souvent corrélés. A un an de l'opération du cancer du sein, l'optimisme est associé au fait de trouver des bénéfices (Sears et al., 2003, évaluation par le LOT) dans des anlayses multivariées contrôlant les variables sociodémographiques et médicales (Urcuyo et al., 2005, LOT-R). Transversalement et à long terme, l'optimisme est également associé au fait de trouver des bénéfices au cancer du sein (Carver et al., 2006, LOT-R), comme à toutes sortes de cancers (Harper et al., 2007 ; LOT-R). Il est même établi que l'optimisme prédit non seulement le développement post-traumatique psychosocial classique, mais aussi des changements positifs physiques tels qu'un changement d'alimentation (plus saine et équilibrée) et l'augmentation de l'exercice physique (Harper et al., 2007). Longitudinalement, évalué dans l'année de l'opération, l'optimisme prédit 5 à 13 ans plus tard le développement post-traumatique (Carver et al., 2006, LOT ; Lechner et al., 2006; LOT-R). Le lien entre optimisme et développement a également été mis en évidence sur d'autres types de stresseurs médicaux tels que l'arthrose ou la polyarthrite rhumatoïde (Evers et al., 2001, LOT ; Tennen et al., 1992, LOT), le HIV positif (Taylors et al., 1991, évaluation de l'optimisme par entretiens), et même plus largement sur tous types d'événements stressants concernant ou non la santé (Helgeson et al., 2006, méta-analyse comprenant donc LOT et LOT-R ; Park et al., 1996, étude 3, LOT ; Tedeschi & Calhoun, 1996, LOT). L'étude de Tedeschi et Calhoun (1996, LOT) montre même que l'optimisme est corrélé au score global du PTGI ainsi qu'à ses cinq dimensions. Les revues de question sur le sujet concluent également à un lien entre optimisme et développement (Affleck & Tennen, 1992 ; Linley et al., 2004).

Si l'association entre optimisme et développement est donc largement établie, on notera cependant qu'elle reste modérée, les coefficients de corrélations ou de régressions se situant autour de .25 dans les études citées précédemment. En outre, dans certaines études sur le cancer du sein, l'association entre optimisme et PTG n'a pu être établie, que ce soit transversalement (Bellizzi & Blank, 2006, LOT) ou longitudinalement, à court comme à long terme (Sears et al., 2003, LOT ; Tomich & Helgeson, 2006, LOT). De même, à court terme de divers cancers, Pinquart et al. (2007) ne trouvent pas de lien entre optimisme et changements positifs, les variables sociodémographiques et médicales étant contrôlées. Enfin, sur tous

types d'événements, les résultats de certaines recherches vont aussi dans ce sens (Park et al., 1996, étude 3, LOT ; Park & Fenster, 2004, LOT-R).

On retiendra donc des résultats divergents sur la question du lien entre optimisme et développement.

1.2.2. Effet médiatisé par un coping actif positif.

L'hypothèse de l'effet de l'optimisme sur le PTG par la médiation de certaines formes de coping a souvent été posée (Aspinwall et al., 2005 ; Carver & Scheier, 2005 ; Tennen & Affleck, 1998). Les optimistes ayant par définition des attentes positives et une confiance quant à l'évolution de leur situation devraient théoriquement être plus enclins à fournir des efforts pour résoudre leurs problèmes (Tennen & Affleck, 1998). En effet, la motivation à l'action est en partie déterminée par l'attente positive et la confiance dans le résultat de ladite action, c'est-à-dire par l'optimisme ("*Expectancy-Value Model of Motivation*", Carver & Scheier, 2005 ; "*Behavioural Self-Regulation Theory*", Friedman et al., 2006). Ainsi, l'optimisme permettrait d'avoir la force de regarder les problèmes en face et de recourir à des stratégies de coping adaptées, sources de développement post-traumatique (Aspinwall et al., 2005). En pratique, sur le cancer du sein, peu d'études se sont intéressées à la question. Si plusieurs montrent que les femmes optimistes utilisent davantage que les autres la réévaluation positive de la situation (Sears et al., 2003), ainsi que des copings actifs et moins de désengagement (Carver et al., 1993, LOT ; Scheier et al., 1994, LOT-R ; Schou et al., 2005, LOT-R), d'autres auteurs n'ont pourtant pu établir qu'une corrélation négative entre optimisme et copings non-adaptatifs ($r = -.385$, $p<.01$), mais aucune corrélation entre optimisme et copings adaptatifs (Bellizzi et Blank, 2006, LOT, la classification entre copings adaptatifs et non-adaptatifs étant ici issue d'une analyse factorielle à partir du Brief COPE). Enfin à notre connaissance, aucune recherche n'a cherché à vérifier le rôle médiateur du coping entre l'optimisme et le PTG, qui reste donc une simple hypothèse.

1.2.3. Conclusion

Pour résumer on retiendra la corrélation souvent établie entre optimisme et développement post-traumatique (même quand l'optimisme est évalué par le LOT-R, Carver et al., 2006 ; Lechner et al., 2006 ; Urcuyo et al., 2005). L'effet de l'optimisme sur le PTG pourrait s'expliquer logiquement par la médiation de copings actifs. Néanmoins, dans le cas

du cancer du sein, plusieurs études n'ont pu établir un lien entre optimisme et développement (Bellizzi & Blank, 2006 ; Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2002).

1.3. L'optimisme est-il prédicteur de la qualité de vie?

1.3.1. Effets directs

Juste avant une biopsie du sein, l'optimisme prédit, en régressions hiérarchiques, l'humeur négative et positive (Stanton & Snider, 1993). Après le diagnostic d'un cancer du sein et juste avant l'opération, l'optimisme est un facteur protecteur par rapport à la détresse associée à la chirurgie et à la suite de la maladie et des traitements (Carver et al., 1993 ; David et al., 2006 ; Schou et al., 2004). Toujours au moment pré-opératoire, l'optimisme est aussi corrélé positivement à la qualité de vie générale au QLC-C30, ainsi qu'à ses différentes dimensions, émotionnelle, sociale, cognitive, fonctionnelle, à l'exception de la dimension physique (Schou et al., 2005). Dans l'année qui suit le diagnostic ou la chirurgie, l'optimisme est encore salutogène pour l'anxiété et la dépression, ainsi que pour la qualité de vie (Carver et al., 1993 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Schou et al., 2004 ; 2005). Une analyse en régression pas à pas (méthode ascendante) montre que, parmi les variables démographiques, médicales, de coping, les niveaux préopératoires d'anxiété et de dépression, l'optimisme est l'une des variables qui prédit le mieux une diminution de l'anxiété et de la dépression à un an du diagnostic (Schou et al., 2004). Dans une étude à l'étendue temporelle plus grande (à en moyenne 2 ans du diagnostic, de 1 mois à 14 ans), après contrôle de l'âge et du traitement médical, l'optimisme explique encore un pourcentage important de la variance de la qualité de vie émotionnelle, sociale et fonctionnelle, ainsi que de l'humeur (Friedman et al., 2006). Avec une méthode statistique différente, d'analyses en croissances latentes, Helgeson et al. (2004) mettent aussi en évidence que les ressources personnelles (dont l'optimisme par rapport à l'évolution de la maladie) permettent d'expliquer l'évolution positive de la qualité de vie mentale au SF-36, de 1 à 4 ans après le diagnostic. A court terme après un cancer du sein, l'optimisme semble donc incontestablement salutogène pour la santé psychique.

A long terme sur le cancer du sein, on retrouve le même pattern (Carver et al., 2005, 2006 ; Perkins et al., 2007). En régression hiérarchique, avec contrôle des variables sociodémographiques et médicales, ainsi que de l'ajustement au diagnostic (évalué par la détresse émotionnelle, la dépression et la qualité de vie), l'optimisme initial évalué au diagnostic prédit l'ajustement 5 ans plus tard (Carver et al., 2005). Une étude similaire montre

que l'optimisme évalué à 7 et 11 mois du diagnostic prédit moins de symptômes post-traumatiques d'évitement et d'intrusion 6 ans plus tard (Lebel et al., 2008). Pourtant, dans cette même étude, l'optimisme évalué à 3, 7, 11 et 15 mois du diagnostic ne prédit pas la détresse émotionnelle à long terme. Toujours avec la même méthode et dans une population de femmes de plus de 70 ans, l'optimisme explique une part de variance de la satisfaction à vivre, de la dépression et de la santé générale perçue et ce, au-delà de la part de variance déjà expliquée par les variables sociodémographiques, médicales et l'état physique au moment de l'enquête (Perkins et al., 2007). Le contrôle de l'état physique au moment de l'enquête rappelle l'étude de Tennen et al. (1992) sur la polyarthrite rhumatoïde où, à douleur égale, l'optimisme prédit l'humeur au quotidien. Pour revenir au cancer du sein, en régression simultanée incluant des variables sociodémographiques, médicales et psychologiques (optimisme, confiance par rapport à la récidive, soutien social), l'optimisme est lié à 8 des 12 dimensions du QLACS qui évalue la qualité de vie (l'optimisme est lié à moins de sentiments négatifs, de dysfonctionnements sexuels, d'évitement social, de fatigue, de détresse par rapport à la récidive et par rapport à l'apparence, plus de sentiments positifs, plus de bénéfices tirés de la maladie ; Carver et al., 2006). Les 4 dimensions du QLACS qui ne montrent pas de lien avec l'optimisme sont : la douleur, les problèmes cognitifs, financiers et l'inquiétude qu'un membre de la famille puisse avoir le cancer (Carver et al., 2006).

Dans le cas du cancer du sein, l'optimisme semble donc lié à la qualité de vie à long terme. Une étude réfute pourtant ce constat (Tomich & Helgeson, 2006). Dans leur recherche sur le cancer du sein, en régressions hiérarchiques avec contrôle du niveau de qualité de vie au diagnostic, l'optimisme initial ne prédit au SF-36 ni la qualité de vie mentale, ni la qualité de vie physique, évaluées 5 ans plus tard (Ibid). Une étude sur des hommes atteints du SIDA depuis en moyenne 6 ans montre également que l'optimisme ne prédit ni la dépression et la détresse globale, ni la santé perçue et l'ajustement à la maladie (Pakenham & Rinaldis, 2001). En revanche, l'optimisme interagit significativement avec le stress perçu, de sorte qu'à un haut niveau de stress, les optimistes s'ajustent mieux à la maladie que les pessimistes (Ibid).

En conclusion, on pourra retenir la quasi-unanimité de la littérature sur le lien positif entre optimisme et qualité de vie mentale dans le cas de toutes sortes de cancers (Gotay et al., 2004), et même de situations aversives diverses, qu'elles aient trait à la santé ou non (Carver & Scheier, 2005). Ce résultat se confirme aussi dans le cas du cancer du sein, que ce soit à court comme à long terme. Cependant, en contrôlant la qualité de vie initiale au diagnostic,

l'optimisme ne prédit plus la qualité de vie ultérieure à long terme (Tomich & Helgeson, 2006).

1.3.2. Effets indirects par le coping

Les optimistes et les pessimistes diffèrent dans leurs copings. D'une façon générale, l'optimisme favorise la recherche d'informations et de solutions vis-à-vis d'un problème, c'est-à-dire des stratégies de coping centrées sur le problème dans des situations contrôlables, tandis que le pessimisme renvoie à plus d'évitement mental, comportemental et social (Aspinwall et al., 2005 ; Carver & Scheier, 2005). Dans des situations non contrôlables, les optimistes ont recours à l'acceptation, l'humour et à une réinterprétation positive de la situation (Carver & Scheier, 2005). A une semaine d'un examen universitaire, par rapport aux étudiants pessimistes, les optimistes (définis par un score d'optimisme à plus d'un écart-type de la moyenne) utilisent en effet plus la restructuration cognitive, et moins le retrait social, l'auto-critique et le fait de prendre leurs désirs pour des réalités au CSI (Coping Strategies Questionnaire, Chang, 1998). Au diagnostic du cancer du sein, les optimistes utilisent significativement plus l'esprit combatif et moins le coping de fatalisme à la MAC que les pessimistes (coupure à la médiane pour la distinction optimistes/pessimistes, Schou et al., 2004). De 1 à 4 ans des traitements, ces résultats sont nuancés dans la mesure où si l'optimisme est bien corrélé négativement à un coping non adaptatif, il ne montre en revanche pas de corrélation avec un coping adaptatif (Bellizzi & Blank, 2006).

En outre, plusieurs études ont montré que l'effet de l'optimisme sur l'ajustement ou la qualité de vie est médiatisé par certaines formes de coping (Carver et al., 1993 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Schou et al., 2005 : Stanton & Snider, 1993), bien que dans une étude, c'est l'optimisme ou le pessimisme qui médiatise l'effet du coping sur l'ajustement (David et al., 2006)[3]. Avant une biopsie du sein, l'optimisme prédit négativement l'humeur négative par la médiation d'un coping d'évitement cognitif, tandis qu'il prédit aussi positivement l'humeur positive par la médiation d'un coping de focalisation positive (Stanton & Snider, 1993). Dans les deux cas (humeur positive et négative), l'optimisme a un effet direct et indirect sur l'humeur, montrant que la médiation n'est pas totale (Ibid). A moins d'un an du diagnostic du

[3] Pour rappel, on définit une médiation dans le cas où les trois conditions suivantes sont remplies (Baron & Kenny, 1986) : (1) la variable prédictrice est associée à la fois à la variable médiatrice supposée et à la variable dépendante, (2) le médiateur est associé à la variable dépendante, (3) après contrôle de la variable médiatrice supposée, la relation entre la variable prédictrice et la variable dépendante est fortement réduite voire non significative.

cancer du sein, un faible optimisme est lié directement à l'anxiété et à la dépression, et aussi indirectement aux deux issues par la médiation de l'auto-critique, de toutes formes de désengagement (comportemental, social, psychologique comme le déni), ainsi que par l'acceptation et l'humour (Carver et al., 1993 ; Epping-Jordan et al., 1999). A un an de l'opération du sein, la relation entre optimisme et qualité de vie est totalement médiatisée par deux copings, l'impuissance/désespoir et l'esprit combatif, de sorte que les optimistes réagissent par un esprit combatif associé à une bonne qualité de vie, tandis que les pessimistes réagissent par de l'impuissance/désespoir allant de pair avec une diminution de la qualité de vie (Schou et al., 2005).

Pour résumer, on retiendra d'une part, que les optimistes utilisent des stratégies de coping centrés sur le problème, tandis qu'à l'inverse les pessimistes sont plutôt dans l'évitement du problème, d'autre part, que l'effet de l'optimisme sur la qualité de vie et l'ajustement est partiellement médiatisé par certaines formes de coping.

2. Le Lieu de contrôle, le PTG et la qualité de vie

2.1. Définition du lieu de contrôle

Le lieu de contrôle ou sentiment de contrôle est un trait de personnalité qui renvoie à "*la croyance généralisée dans le fait que les événements ultérieurs (ou renforcements) dépendent soit de facteurs internes (actions, efforts, capacités personnelles), soit de facteurs externes (destin, chance, hasard, personnages tout-puissants).*" (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 230). Tout comme l'optimisme, le sentiment de contrôle sur sa vie (aussi nommé internalité) favorise l'action et les efforts personnels en vue d'un objectif. Un lieu de contrôle interne est salutogène dans la mesure où les efforts qu'il engendre aboutissent à un certain résultat, c'est-à-dire dans la mesure où la situation dépend, au moins en partie, des actions et efforts du sujet.

Dans le domaine de la santé, le rôle du contrôle interne est ambigu (Fischer & Tarquinio, 2006). D'un côté, en procurant un sentiment de contrôle sur la santé psychique et physique, l'internalité rend les personnes moins vulnérables aux agents stressants que l'externalité. D'un autre côté, dans le cas de maladies au développement inexorable,

l'internalité empêche en quelque sorte le fait de "lâcher prise" et accentue alors stress et anxiété (Fischer & Tarquinio, 2006).

Mentionnons que plusieurs notions se rapprochent du lieu de contrôle, bien que différentes. Dans leur revue de la littérature sur contrôle et cancer, Neipp et al. (2007) s'efforcent de clarifier tous ces concepts. Au niveau de la santé, la littérature fait état du contrôle perçu sur la santé (croyance que la santé dépend de facteurs internes ou externes), et de certains contrôles perçus spécifiques, tels que le contrôle perçu sur la douleur et les symptômes quotidiens liés à la maladie, sur les émotions liées à une maladie, ou sur l'évolution d'une maladie. Dans ces derniers cas, il ne s'agit plus d'un trait de personnalité mais de variables transactionnelles, c'est-à-dire ici de contrôles spécifiques et transitoires par rapport à une situation précise. En outre, le contrôle perçu peut revêtir différentes formes : interne (la personne pense contrôler la situation), externe lié à d'autres (le sujet pense que les médecins contrôlent la maladie), et externe lié à la chance (Brosschot et al., 1994).

2.2. Le contrôle est-il prédicteur du PTG?

A notre connaissance, et comme le font remarquer Schulz et Mohamed (2004), il n'existe quasiment aucune recherche sur le lien entre internalité et développement post-traumatique. Seule une étude de Park et Fenster (2004) sur tous sortes d'événements stressants montre par un modèle en équations structurales que l'internalité prédit le développement post-traumatique par un effet direct.

Il existe en revanche quelques études sur le lien entre contrôles perçus spécifiques et PTG. Le contrôle perçu sur la douleur et les problèmes liés à la polyarthrite rhumatoïde est corrélé avec le fait de trouver des bénéfices à cette situation chronique douloureuse (Evers et al., 2001 ; Tennen et al., 1992). Cette corrélation est également présente chez Park et al. (1996) sur toutes sortes d'événements stressants vécus par une population étudiante, où le contrôle perçu sur l'événement est ici encore associé au développement. Même résultat dans une population cardiaque où le contrôle sur la santé est corrélé au développement (Sheikh, 2004). C'est également la conclusion de la revue de question de Linley et al. (2004) sur divers événements.

En ce qui concerne le cancer du sein, le contrôle perçu sur la récidive, évalué juste après les traitements, n'est pas corrélé avec le PTG évalué un an plus tard (Sears et al., 2003). En revanche, l'interaction "contrôle perçu sur la maladie*récidive réelle du cancer" prédit significativement le fait de trouver des bénéfices à la maladie (Tomich & Helgeson, 2006).

En effet, Tomich et Helgeson (2006) ont mesuré le contrôle perçu sur la maladie à quatre mois du diagnostic. Ce contrôle comprend le contrôle perçu sur les symptômes quotidiens liés à la maladie et aux traitements, le contrôle perçu sur l'évolution du cancer, ainsi que sur ses émotions liées au cancer. Chez les femmes dont le cancer n'a pas repris (c'est-à-dire sans récidive), le contrôle personnel sur la maladie augmente le fait de trouver des bénéfices cinq ans après le diagnostic, tandis que chez celles dont le cancer a repris, le contrôle diminue les bénéfices trouvés à la maladie 5 ans après le diagnostic. La question du lien entre contrôle perçu sur la maladie et PTG est donc délicate car pour bien y répondre, il faudrait distinguer les différents types de contrôles perçus sur la maladie, ainsi que les interactions possibles avec les caractéristiques objectives de la maladie.

Quant à la relation entre internalité et PTG, au vu d'une littérature encore si peu étoffée, il est impossible de tirer une quelconque conclusion. En outre, la recherche à venir devrait prendre en compte le coping dans cette relation. En effet, comme le suggèrent Tennen et Affleck (1998), le coping pourrait logiquement médiatiser la relation entre internalité et PTG. L'étude de Schulz et Mohamed (2004) vérifiant d'ailleurs le rôle médiateur important du coping entre auto-efficacité et PTG après un cancer, laisse à penser que cette médiation pourrait aussi avoir lieu avec l'internalité (concept proche de l'auto-efficacité bien que différent).

2.3. Le contrôle est-il prédicteur de la qualité de vie?

Comme Neipp et al. (2007) le font remarquer dans leur revue de la littérature, le contrôle est une notion regroupant beaucoup de concepts différents, bien que peu ou prou liés (lieu de contrôle, contrôle perçu, auto-efficacité, attribution causale, etc.) Afin de bien préciser de quel contrôle il s'agit, on se centrera d'abord sur le lieu de contrôle en tant que trait de personnalité, avant d'aborder le contrôle perçu, variable transactionnelle liée à un contexte particulier, ici celui de la maladie. Il est important de bien distinguer les deux concepts, car ils ne sont pas corrélés entre eux (Nelson & Cohen, 1983 ; Sandler & Lakey, 1982). Le lieu de contrôle dépend de la personne en tant que trait de personnalité, tandis que le contrôle perçu dépend plus des caractéristiques intrinsèques à une situation (Nelson & Cohen, 1983).

2.3.1. LOC et qualité de vie

Quelques heures avant une biopsie du sein, le lieu de contrôle n'est lié ni à l'humeur négative ni à l'humeur positive (Stanton & Snider, 1993). A moins d'un an d'un cancer du sein, une analyse factorielle de trois variables psychologiques (anxiété, dépression, lieu de contrôle) montre que l'internalité est associée à moins d'anxiété et de dépression (Burgess et al., 1988), résultat que l'on retrouve également dans un échantillon non cancéreux pour le lien entre internalité et dépression (Brosschot et al., 1994). Pourtant, à un an du diagnostic de divers cancers, dans leurs analyses multivariées, Grassi et al. (1997) ne trouvent pas de lien entre lieu de contrôle et dépression, bien que les personnes dépressives soient significativement plus externes que les non dépressives. Inversement, Henselmans et al. (in press), attestent par régressions hiérarchiques, et transversalement que, à 3, 9 et 15 mois du diagnostic du cancer du sein, le contrôle interne explique une part de variance significative de la détresse psychologique, au-delà des variables sociodémographiques et médicales. A 6 mois de divers cancers, avec la même méthode statistique et le même type de variables, le contrôle ajoute bien une part de variance à la détresse psychologique, à la santé mentale, au bien-être, et même au fait de poursuivre ses activités habituelles malgré la maladie (Ell et al., 1989). Transversalement, l'internalité est donc ici associée à une moindre détresse psychologique (Ell et al., 1989 ; Henselmans et al., in press). En revanche, longitudinalement, l'effet protecteur de l'internalité se perd, sauf à 9 mois du diagnostic où le contrôle évalué 6 mois plus tôt prédit bien la détresse, mais uniquement chez des femmes ayant reçu de la chimiothérapie (Ibid). Autrement dit, l'internalité évaluée à 3 mois du diagnostic prédit moins de détresse psychologique 6 mois plus tard, mais uniquement en cas de chimiothérapie.

A 5 ans du diagnostic de ce même cancer et avec contrôle des variables sociodémographiques, l'internalité est corrélée positivement à la qualité de vie mentale et à l'humeur positive, et négativement à l'humeur négative (Tomich & Helgeson, 2002). Dans le même sens, en contrôlant les variables médicales, le lieu de contrôle externe explique significativement la détresse psychologique à 6 ans du diagnostic d'un cancer du sein (Grassi & Rosti, 1996). Chez des femmes de plus de 70 ans et à en moyenne 5 ans du diagnostic, à variables sociodémographiques et médicales égales, l'internalité prédit la satisfaction à vivre (une issue positive), mais non la dépression (une issue négative ; Perkins et al., 2007). On retrouve ce même pattern de résultats dans une étude sur la qualité de vie de personnes souffrant de problèmes de santé, notamment de dépression, où l'internalité prédit les aspects positifs de la qualité de vie, mais non les aspects négatifs (Abbey & Andrews, 1985). Un lieu

de contrôle interne serait donc un facteur directement protecteur de la santé psychique, tandis qu'un lieu de contrôle externe serait un facteur de risque.

Les effets du lieu de contrôle peuvent aussi être indirects et se manifester en interaction avec d'autres variables. Par exemple, dans une population étudiante faisant références aux événements de vie de l'année passée, l'effet tampon du soutien social sur l'anxiété et la dépression fonctionne chez les internes, mais non chez les externes qui reçoivent pourtant plus de soutien (Sandler & Lakey, 1982). Autrement dit, les sujets externes reçoivent plus de soutien, mais chez eux, il n'est d'aucune utilité sur l'anxiété et la dépression. Les résultats de Abbey et Andrews (1985) vont dans le sens inverse. Dans une population adulte présentant des soucis de santé, notamment de la dépression, le soutien social augmente la qualité de vie chez les personnes à faible internalité, mais non chez les personnes à haute internalité. (Abbey & Andrews, 1985). On noterait aussi une interaction entre internalité et événements de vie négatifs. L'impact des événements de vie négatifs serait plus fort chez les personnes externes (Sandler & Lakey, 1982). En effet, la corrélation entre événements négatifs (nombre et estimation de la négativité des événements) et anxiété serait plus forte chez les externes que chez les internes (Ibid). Sur une recherche tout à fait comparable sur la population et les variables prises en compte, Nelson et Cohen (1983) aboutissent pourtant à la conclusion inverse. En effet, leurs analyses montrent que l'interaction "lieu de contrôle*événements négatifs" n'a pas d'effet significatif sur l'anxiété et la dépression. Ainsi pour eux et contrairement à Sandler et Lakey (1982), le lieu de contrôle interne ne modère par l'impact négatif des événements de vie sur la détresse psychologique. Une des explications à toutes ces contradictions pourrait peut-être se trouver dans la prise en compte d'autres variables. Bettencourt, Talley, Molix, Schlegel et Vestgate, 2008 ont eu l'idée de différencier les femmes atteintes de cancer du sein selon leur lieu d'habitation. Le lieu de contrôle sur la santé pourrait agir en interaction avec la ruralité, versus l'urbanité, chez ces femmes. (Bettencourt, et al., 2008). Les auteurs montrent que chez les femmes habitant dans des zones urbaines, l'externalité (croyances dans le pouvoir d'autres, notamment des médecins, ou du hasard, du destin) s'accompagne de moins de satisfaction de vie et de plus de dépression lors de la maladie, tandis que chez les femmes habitant en zones rurales, l'externalité s'accompagne de moins de dépression et de plus de satisfaction de vie.

Le lieu de contrôle pourrait aussi être lié à des variables physiques. Dans une population en partie étudiante, l'internalité est par exemple corrélée négativement à la somatisation, à la fatigue, ainsi qu'aux problèmes de sommeil (Brosschot et al., 1994). A long terme d'un cancer du sein, l'internalité est un puissant prédicteur de la qualité de vie physique

dans l'étude de Tomich et Helgeson (2002), tandis qu'elle ne prédit pas la santé perçue chez des femmes de plus de 70 ans également à en moyenne 5 ans d'un cancer du sein (Perkins et al., 2007).

Enfin, et de façon logique, l'externalité est associée à un faible coping d'esprit combatif face au cancer et à beaucoup de fatalisme et d'impuissance/désespoir (Grassi et al., 1993). L'impact du lieu de contrôle sur la qualité de vie pourrait donc être médiatisé par certaines formes de coping.

Finalement, on retiendra le rôle protecteur d'un lieu de contrôle interne sur la qualité de vie mentale (Neipp et al., 2007), à la fois directement et en interaction avec d'autres variables (soutien social par exemple). Cette fonction protectrice semble aussi exister sur la qualité de vie physique (Brosschot et al., 1994 ; Ell et al., 1989 ; Tomich & Helgeson, 2002) sauf chez les plus âgées (Perkins et al., 2007).

2.3.2. Contrôle perçu sur la maladie et qualité de vie.

Le contrôle perçu sur la maladie est souvent évalué par trois items correspondant à trois facettes différentes : le contrôle sur l'évolution de la maladie, sur les symptômes quotidiens provoqués par la maladie, ainsi que sur les émotions associées à cette situation (Helgeson, 1992 ; Helgeson et al., 2004 ; Tomich & Helgeson, 2006). Le contrôle sur la maladie semble avoir un effet positif sur l'ajustement et la qualité de vie, mais toutefois uniquement dans certaines conditions qu'il est important de préciser. En 1984, Taylor et al. montraient déjà que le contrôle perçu sur le cancer du sein prédisait un bon ajustement à la maladie. Examinant par analyses en croissances latentes l'évolution de la qualité de vie mentale de 1 à 4 ans du diagnostic du cancer du sein sans récidive, Helgeson et al. (2004) constatent que les ressources personnelles (qui comprennent le contrôle perçu) expliquent clairement l'évolution positive de la qualité de vie mentale et physique par rapport à une évolution défavorable au cours du temps. Dans une recherche sur des hommes ayant le SIDA, le contrôle perçu prédit en régressions hiérarchiques la santé perçue, en plus et au-delà des variables médicales, de l'optimisme et du soutien social (Pakenham & Rinaldis, 2001). Dans une étude sur des maladies chroniques graves (polyarthrite rhumatoïde et sclérose en plaques), le contrôle perçu est corrélé négativement aux plaintes physiques mais ne montre pas de corrélation significative avec l'humeur (Evers et al., 2001). De la même façon, si le contrôle perçu sur le cancer est associé à un coping combatif (Cousson-Gélie et al., 2005 ;

Watson et al., 1990), ainsi qu'à moins de retrait social et de tensions ressenties (Jenkins & Pargament, 1988), il ne montre cependant pas de lien avec l'anxiété ou la dépression (Osowiecki & Compas, 1999 ; Watson et al., 1990). En revanche, à quelques jours du diagnostic d'un cancer du sein, l'interaction du contrôle avec un coping centré sur le problème prédit moins d'anxiété et de dépression, mais l'effet de cette interaction n'est plus valable à 3 et 6 mois du diagnostic (Osowiecki & Compas, 1999). Un contrôle sur la maladie peut donc s'avérer non lié à l'ajustement, ou lié de façon positive.

Mais, il peut aussi être nuisible. Par exemple, en cas de non récidive, le contrôle sur la récidive du cancer du sein évalué au diagnostic n'a pas d'effet sur la qualité de vie (ni mentale, ni physique) évaluée 5 ans plus tard (Tomich & Helgeson, 2006). En revanche, en cas de récidive, le contrôle évalué au diagnostic montre cette fois en régressions hiérarchiques un effet négatif sur la qualité de vie physique et mentale (Tomich & Helgeson, 2006). On retrouve quelque peu ce même pattern de résultat sur la polyarthrite rhumatoïde, où le contrôle sur la douleur est associé à une meilleure humeur en cas de douleur légère, mais à une mauvaise humeur en cas de douleur forte (Tennen et al., 1992). Ainsi, la gravité de la situation médicale (douleur forte pour l'arthrite, récidive du cancer, etc.) interagit avec le contrôle perçu, de façon négative dans les exemples précédents. Elle peut aussi interagir positivement avec le contrôle perçu dans d'autres situations. Une recherche sur des personnes ayant fait une première attaque cardiaque montre qu'après cette première attaque, on n'observe pas d'effet du contrôle sur l'ajustement (Helgeson, 1992). En revanche, pour celles souffrant d'un second problème cardiaque survenant dans les 3 mois après le premier, le contrôle aura ici un effet bénéfique sur la détresse psychologique, il sera associé à une diminution de la détresse (Helgeson, 1992). Ainsi dans cet exemple, en cas de plus grande menace, le contrôle devient positif.

En résumé, sous une menace légère ou moyenne, le contrôle perçu sur la maladie peut être lié positivement à l'ajustement ou à la qualité de vie. En revanche, sous une menace forte, le contrôle devient un facteur de risque pour l'ajustement en cas de situation plutôt non contrôlable (récidive du cancer, douleur forte), et un facteur protecteur pour l'ajustement en cas de situation plutôt contrôlable (complications cardiaques). Cependant, l'étude de Carver et al. (2000) relativise l'effet du contrôle perçu sur l'ajustement. Dans leur recherche sur le cancer du sein, à moins d'un an du diagnostic, une femme sur deux pense que la récidive dépend plus d'elle que de facteurs externes. Mais, les auteurs montrent que l'ajustement (évalué par l'humeur) ne dépend pas du contrôle perçu sur la récidive mais de la confiance en

l'avenir à ce sujet. En effet, la conviction d'une femme qu'elle ne vivra pas de récidive prédit un bon ajustement émotionnel, indépendamment du contrôle perçu sur la récidive. Ceci rejoint la recherche de Taylor et al. (1984) qui montrait que l'ajustement au cancer du sein est bon, autant quand les femmes atteintes perçoivent un contrôle propre sur la maladie, que lorsqu'elles perçoivent un contrôle externe par les médecins sur leur cancer. Autrement dit, du moment qu'elles pensent que le cancer est contrôlable (soit par elle, soit le médecin), l'ajustement est bon (Taylor et al., 1984). Pourtant, la confiance par rapport à la récidive évaluée au diagnostic ne prédit ni l'ajustement psychologique, ni la qualité de vie mesurés 5 à 13 ans plus tard, toujours dans le cas du cancer du sein (Carver et al., 2005, 2006). Finalement, à court terme, plus que le contrôle perçu, ce serait l'optimisme sur la récidive qui impacterait l'ajustement (Carver et al., 2000), tandis que cela ne semble pas se confirmer à long terme (Carver et al., 2005).

3. L'Affectivité, le PTG et la qualité de vie

3.1. Définition

Deux dimensions dominantes émergent systématiquement dans l'analyse factorielle de données émotionnelles, il s'agit de l'affectivité positive (AP) et négative (AN). L'affectivité positive reflète à quel point une personne se sent (soit à un moment particulier, il s'agit de l'affectivité-état, soit d'une façon générale, il s'agit alors d'un trait de personnalité, l'affectivité-trait) enthousiaste, active, alerte, pleine d'énergie, concentrée et engagée dans ses activités. Une personne à faible affectivité positive est plutôt triste et léthargique (Watson et al., 1988b). L'affectivité négative renvoie à une certaine détresse psychologique et comprend une variété d'humeurs négatives telles que colère, anxiété, mépris, peur, culpabilité et nervosité. Une faible affectivité négative reflète une personne calme et sereine (Ibid). L'affectivité trait (négative et positive) donne lieu à beaucoup d'états émotionnels correspondants (négatifs et positifs ; Aviva, 1997 ; Watson et Clark, 1984). L'affectivité positive est fortement corrélée à l'extraversion (une des dimensions des big five), et l'affectivité négative au névrosisme. Contrairement à ce que l'on pourrait penser spontanément, ces deux traits de personnalité ne sont pas l'opposé l'un de l'autre, mais sont plutôt indépendants, avec une inter corrélation faible de -0.17 dans l'échantillon de Watson et al. (1988b), mais en général plus élevée tout de même, allant par exemple de -.37 (Watson et al, 1988a) à -0.53 (Marsland et al., 2006), en

passant par -0.49 (Brennan et al., 2006) ou -0.41 (Denollet & De Vries, 2006) selon les échantillons et les outils de mesure.

Enfin, il est intéressant de noter que si l'affectivité négative a retenu l'attention des chercheurs en psychologie, ce n'est guère le cas de l'affectivité positive comme le font remarquer plusieurs auteurs (Aviva, 1997 ; Cohen & Pressman, 2006 ; Marsland et al., 2006 ; Watson & Pennebaker, 1989). Cela est étonnant dans la mesure où les émotions et pensées positives jouent pourtant un rôle essentiel dans le bien-être psychologique au regard des émotions et pensées négatives. En effet, dans leur monologue intérieur, les personnes sereines psychologiquement (ni anxieuses, ni dépressives) ont presque deux fois plus de pensées positives que négatives, et chez les anxieuses et/ou dépressives, le ratio est d'une pensée positive pour au maximum 1,4 pensée négative (Aviva, 1997 ; Cottraux, 2007). Autrement dit, le bien-être psychologique implique d'avoir en fréquence deux fois plus d'émotions positives que négatives, et le mal-être psychologique se caractérise par autant, ou légèrement plus de pensées négatives que positives. L'étude des émotions positives aurait donc logiquement dû s'imposer. Si tel n'a pas été le cas jusqu'à présent, c'est sans doute car la psychologie en général et la psychologie de la santé en particulier se sont en premier lieu centrées sur la psychopathologie et l'étude des maladies. Ce n'est que récemment, avec l'apparition de la psychologie positive, que des psychologues se sont intéressés au bien-être psychologique et à ses déterminants, et non plus seulement à la détresse psychologique (Cottraux, 2007 ; Snyder & Lopez, 2005).

3.2. L'affectivité est-elle prédictrice du développement post-traumatique?

Si beaucoup d'études s'intéressent au lien entre PTG et affectivité-état (cf. Chapitre 1, partie 3.1 "PTG et divers critères d'ajustement", page 90), rares sont celles portant sur la relation entre l'affectivité-trait, dispositionnelle, et le développement. Néanmoins, les quelques recherches existant sur le sujet sont concordantes dans leurs conclusions. Examinons successivement affectivité positive et négative.

Dans une population étudiante, à un an de toutes sortes d'événements stressants, la corrélation entre l'affectivité positive et le développement est de 0.41 ($p<.001$) (Park et al., 1996). Dans une population également étudiante, Tedeschi & Calhoun (1996) ont trouvé des corrélations positives significatives entre toutes les dimensions du PTGI et l'extraversion (évaluée ici par le Neuroticism-Extroversion-Openness Personality Inventory, NEO-PI), ainsi qu'entre deux dimensions du PTGI ("nouvelles possibilités" et "force personnelle") et

l'ouverture à l'expérience (une autre dimension des big five, encore évaluée ici par le NEO-PI). Or, bien que différente de l'extraversion et de l'ouverture à l'expérience, l'affectivité positive est fortement corrélée à ces deux dimensions de personnalité (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Watson et al., 1988b). On peut donc supposer qu'il existe un lien positif entre l'affectivité et le développement mesuré par le PTGI, au moins sur le score global du PTGI ainsi que sur les deux dimensions citées. Il se trouve que c'est précisément ce qui a été mis en évidence par Rabe et al. (2006) sur des personnes ayant survécu à un accident de voiture. A en moyenne quatre ans de l'accident, les auteurs trouvent une corrélation positive entre deux dimensions du PTGI ("nouvelles possibilités" et "force personnelle") et l'affectivité positive, ainsi qu'entre le score global de développement et le trait de personnalité. Longitudinalement cette fois, on retrouve encore une corrélation positive entre l'affectivité positive évaluée en T1 et le développement évalué en T2 trois ans plus tard chez des personnes souffrant d'arthrite chronique depuis des années (Abraido-Lanza et al., 1998).

Finalement, à l'instar de Linley et Joseph (2004) dans leur revue de question, on peut conclure à un lien positif entre l'affectivité positive et le développement après toutes sortes d'événements. Il faut tout de même noter que, d'une part, très peu de références sont disponibles sur la question et que, d'autre part, aucune des références citées ci-dessus ne se rapporte au cancer du sein. L'intérêt pour l'étude de l'affectivité positive en rapport avec le développement est donc récent, ce qui s'explique sans doute du fait que affectivité positive et développement post-traumatique sont deux thèmes de recherches récents en psychologie. Ainsi, ce n'est que depuis quelques années que Stanton et Low (2004), ainsi que Calhoun et Tedeschi (2006), émettent formellement l'hypothèse d'un lien entre développement et affectivité positive, alors que leurs travaux sur le développement post-traumatique remontent pourtant aux années 1990.

L'affectivité dispositionnelle négative ne montre aucune corrélation avec le PTG, que ce soit sur une population étudiante (Park et al., 1996), sur des personnes atteintes d'arthrose (Abraido-Lanza et al., 1998), ou encore sur des accidentés de la route (Rabe et al., 2006). Le névrosisme, très corrélé à l'affectivité négative (Bruchon-Schweitzer, 2002), n'est pas non plus lié au développement post-traumatique suite à un cancer (Lechner et al., 2003), alors qu'il montrerait une légère corrélation négative avec les bénéfices perçus lors de polyarthrite rhumatoïde ou de sclérose en plaques ($r=-.18$, $p<.01$; Evers et al., 2001).

Pour conclure, on retiendra globalement que l'affectivité positive est corrélée positivement au développement, tandis que l'affectivité négative ne l'est pas. Ce résultat général confirme en outre le fait que ces deux dimensions (AP et AN) ne sont pas l'opposée l'une de l'autre.

3.3. L'affectivité est-elle prédictrice de la qualité de vie?

Examinons d'abord la question de l'affectivité négative (AN) avant de passer à celle de l'affectivité positive (AP).

3.3.1. L'affectivité négative.

Dans des populations adultes non cancéreuses, l'affectivité négative est liée négativement à la qualité de vie (Brennen et al., 2006 ; Denollet & Vries, 2006 ; Kressin et al., 2000 ; Panagopoulou et al., 2006). Dans une population âgée de plus de 50 ans, l'affectivité négative ajoute même une part de variance unique de 10,4% au score mental de qualité de vie au SF-36 et ce, au-delà des maladies chroniques actuelles de ces personnes, de leur niveau de dépression, et de leur âge (Kressin et al., 2000). Affectivité négative et qualité de vie physique sont également liées (Brennen et al., 2006 ; Denollet & Vries, 2006 ; Watson & Pennebaker, 1989). Dans une recherche centrée exclusivement sur la qualité de vie bucco-dentaire (donc une qualité de vie physique cette fois), l'affectivité négative explique un pourcentage de variance de cette qualité de vie, au-delà du statut de santé dentaire et des variables socio-démographiques (Brennen et al., 2006). Dans une étude de validation d'un test d'affectivité, the Global Mood Scale (GMS), l'affectivité négative et la qualité de vie physique saturent fortement le même facteur dans une analyse factorielle exploratoire (Denollet & Vries, 2006). Si l'affectivité négative n'est pas corrélée avec la santé physique réelle et objective (taux de mortalité, fréquence et gravité des maladies, fréquence des visites chez le médecin, etc.), elle est en revanche nettement corrélée avec la santé perçue et les plaintes concernant la santé (douleurs, maux de têtes, d'estomac, picotements aux yeux, nausées, etc. ; Casten et al., 1997 ; Salovey et al., 2000 ; Watson & Pennebaker, 1989), influençant ainsi la qualité de vie physique. Malgré ces éléments, l'affectivité négative n'ajoute aucune part de variance au score physique de qualité de vie au SF-36 après prise en compte de la santé réelle, de la dépression et de l'âge (Kressin et al., 2000). Dans les recherches sur le cancer, l'affectivité négative impacte négativement la qualité de vie liée à la santé (Cousson-Gélie, 2000 ; Hardy et al., 2009). Transversalement et lors des premières chimiothérapies, elle a un

effet direct sur la qualité de vie évaluée par le FACT-G (Hardy et al., 2009). En outre, elle interagit également avec les symptômes liés au cancer, de sorte que ces symptômes font chuter la qualité de vie plus fortement chez les pers onnes à haute affectivité négative que chez celles dont l'affectivité négative est modérée (Hardy et al., 2009). Enfin, dans une étude longitudinale sur le cancer du sein, une analyse en pistes causales révèle que l'anxiété-trait a un effet négatif sur la qualité de vie liée au cancer (évaluée par le QLC-C30 et deux ans après le diagnostic), et que cet effet est médiatisé par le stress perçu évalué trois semaines après le diagnostic (Cousson-Gélie, 2000). Bien que cette dernière recherche ne porte pas sur l'affectivité négative nommée ainsi mais sur l'anxiété-trait, il nous semble intéressant de la citer puisque c'est la seule recherche sur le cancer du sein d'une part, et que, d'autre part, l'anxiété-trait ferait partie, avec d'autres traits de personnalité (tel que le névrosisme par exemple) d'un seul et même concept d'affectivité négative (Watson & Clark, 1984). La recherche longitudinale en équations structurales de Panagopoulou et al. (2006) sur le pontage coronarien va d'ailleurs dans le même sens que celle de Cousson-Gélie (2000) en pistes causales sur le cancer du sein. L'affectivité négative en tant que trait de personnalité, évaluée avant le pontage, prédit la qualité de vie six mois après l'opération (Panagopoulou et al., 2006). Ainsi, longitudinalement, l'affectivité négative prédit la qualité de vie à plusieurs mois ou années d'une opération chirurgicale importante (Cousson-Gélie, 2000 ; Panagopoulou et al., 2006).

A côté de mesures de qualité de vie stricto sensu, l'affectivité négative est aussi liée à d'autres concepts contribuant à la qualité de vie. Elle est par exemple étroitement liée à l'anxiété et la dépression (Watson et al., 1988a), particulièrement si elle est couplée avec peu d'affectivité positive (Norlander et al., 2005). Elle est aussi négativement corrélée au bien-être subjectif (Efklides et al., 2003 ; Headey & Wearing, 1989). Dans une population âgée de 63 à 100 ans, dans une régression pas à pas incluant les variables démographiques, le statut de santé, l'adaptation au vieillissement et l'affectivité (négative et positive), l'affectivité négative a un effet significatif délétère sur le bonheur et le bien-être subjectif (Efklides et al., 2003). Dans une étude longitudinale de 6 ans, elle est liée négativement au bien-être subjectif au long des six années de la recherche (Headey & Wearing, 1989). La revue de question extrêmement fournie de Watson et Clark (1984) aboutissait d'ailleurs à la conclusion que, quels que soient les circonstances et les époques, l'affectivité négative entraîne des états émotionnels négatifs constants. En effet, les personnes hautes en affectivité négative se centrent systématiquement sur les aspects négatifs du monde les entourant, et d'eux-mêmes, éprouvant en conséquence des émotions négatives permanentes (Watson & Clark, 1984), ainsi que des hauts niveaux de

stress (Norlander et al., 2005). En outre, cette focalisation cognitive sur des infos négatives ou stressantes est automatique et inconsciente d'une part, et s'avère être un excellent prédicteur d'un mauvais ajustement suite à l'annonce d'une maladie, d'autre part (MacLeod & Hagan, 1992). L'affectivité négative est donc liée à un traitement sélectif automatique de l'environnement, qui porte bien sûr à conséquence. Ainsi, dans trois conditions différentes, condition standard sans stress, stress psychologique (échec à un examen par exemple), stress physique (traitement dentaire lourd par exemple), les personnes à haute affectivité négative éprouvent toujours le même niveau d'anxiété, élevé, et toujours les mêmes émotions, négatives (Watson & Clark, 1984). L'étude longitudinale de Headey et Wearing (1989) corrobore de façon intéressante ces résultats. Sur un échantillon de 649 personnes suivies pendant six ans avec trois évaluations (une tous les deux ans), les auteurs observent une corrélation modeste mais significative entre l'affectivité négative et le fait de vivre des événements de vie difficiles, ainsi que des situations professionnelles et financières difficiles au cours de ces six années. Autrement dit, l'affectivité négative prédisposerait, soit à vivre réellement plus de situations difficiles, peut-être par la médiatisation de comportements inadaptés comme le suggèrent Salovey et al. (2000), soit à évaluer systématiquement et subjectivement des événements de vie comme aversifs. D'après Headey et Wearing (1989), les deux conclusions se vérifient dans leur échantillon, ce qui confirme indirectement le lien entre affectivité négative et qualité de vie. Récemment, des travaux psychophysiologiques sur l'activité cérébrale corticale ont aussi permis d'appuyer ces résultats (Hofmann, 2007). Lors d'expériences de laboratoire où l'on induit chez des sujets des états émotionnels par visionnage de clips vidéos, on constate que lorsque les sujets passent d'un état émotionnel positif à un état émotionnel négatif, l'asymétrie frontale augmente, mais, elle augmente bien plus chez les sujets à haute affectivité négative (Hofmann, 2007). Autrement dit, l'affectivité négative comme trait de personnalité accentue l'impact des états émotionnels négatifs (induits par des circonstances extérieures) sur l'activité corticale. Schématiquement, cela revient à dire que l'affectivité négative accentue l'impact biologique des événements négatifs, et par conséquent le ressenti négatif correspondant.

Pour conclure, quelles que soient les circonstances, l'affectivité négative diminue sans conteste la qualité de vie physique et mentale. Voyons à présent ce qu'il en est de l'affectivité positive.

3.3.2. L'affectivité positive

Dans une population active, une analyse factorielle révèle un lien entre affectivité positive et qualité de vie mentale (Denollet & De Vries, 2006) et sociale (Denollet & De Vries, 2006 ; Headey &Wearing, 1989). L'effet de l'AP sur la qualité de vie physique est aussi existant (Brennen et al., 2006 ; Cohen & Pressman, 2006 ; Norlander, Johansson, & Bood, 2005 ; Salovey et al., 2000). Les personnes à haute affectivité positive ont une meilleure qualité de sommeil que les autres, même sous hauts niveaux de stress (Norlander et al., 2005). A symptômes objectifs observables égaux, les personnes à haute affectivité positive rapportent moins de symptômes, et moins sévères, que ceux rapportés par un observateur extérieur ; inversement, toujours à symptômes égaux, les personnes à faible affectivité positive rapportent plus de symptômes et les déclarent plus sévères qu'un observateur extérieur (Cohen & Pressman, 2006 ; Salovey et al., 2000). L'affectivité positive atténue donc la perception des symptômes, augmentant ainsi indirectement la qualité de vie. Malgré cela, après prise en compte des variables socioéconomiques et médicales, l'AP n'ajoute par exemple que 4% de variance à la qualité de vie bucco-dentaire (Brennen et al., 2006). Son effet au-delà du statut médical réel reste donc limité. Dans une étude utilisant un modèle en équations structurales, Casten et al. (1997) ne trouvent d'ailleurs pas de lien entre l'affectivité positive et leur variable latente de santé.

Dans des populations cancéreuses, l'affectivité positive est aussi positivement corrélée à la qualité de vie liée à la santé (Avis et al., 2005 ; Hardy et al., 2009). Elle a un effet significatif sur la qualité de vie à court terme lors des traitements (Hardy et al., 2009). En outre, parmi les 12 dimensions de la QLACS (Quality of Life in Adult Cancer Survivors, une échelle de qualité de vie pour les survivants à long terme du cancer), la dimension la plus corrélée avec une évaluation visuelle analogique de la qualité de vie est celle des émotions positives (Avis et al., 2005). Ces émotions positives montrent une corrélation de 0.60 avec la qualité de vie visuelle analogique (Avis et al., 2005). Bien qu'il ne s'agisse pas ici de l'affectivité comme trait de personnalité, mais d'émotions positives (affectivité état), il est cependant intéressant de noter cette information compte tenu du fait que, parmi douze dimensions de qualité de vie (émotions positives, négatives, fatigue, douleur, évitement social, sexualité, etc.), ce sont les émotions positives qui corrèlent le plus, et loin devant les autres, avec la qualité de vie. Dans la mesure où les émotions positives sont en partie le produit de l'affectivité positive comme trait de personnalité (Aviva, 1997), on peut raisonnablement penser que cette dernière et la qualité de vie évaluée sur une échelle visuelle analogique, sont effectivement corrélées.

A côté de la qualité de vie, l'affectivité positive influe aussi sur d'autres concepts tels que le bien-être subjectif (Effklides et al., 2003 ; Headey & Wearing, 1989), le bonheur, la satisfaction de la vie et le "moral" (*morale* en anglais) qui reflète le courage, l'auto-discipline, l'auto-efficacité et une confiance envers l'avenir basée sur un sentiment de contrôle (Effklides et al., 2003). L'affectivité positive est aussi liée à la satisfaction professionnelle (Denollet & De Vries, 2006 ; Headey & Wearing, 1989), amicale (Headay & Wearing, 1989 ; Salovey et al., 2000), ainsi qu'à la survenue d'événements favorables sur une période de six ans, bien que pour ce dernier point la corrélation soit modeste (Headey & Wearing, 1989). Au niveau cortical, l'affectivité positive dispositionnelle renforce l'impact cérébral des émotions positives (Hofmann, 2007). En effet, lorsqu'on passe d'un état émotionnel neutre à un état positif induit par le visionnage d'une vidéo humoristique, l'activation du cerveau droit pariétal augmente, mais elle augmente plus chez les sujets à haute affectivité positive (Hofmann, 2007). Autrement dit, l'AP augmente l'effet d'un état émotionnel positif sur l'activité cérébrale, et donc sur le ressenti subjectif du sujet.

Finalement et de façon logique, l'AP est corrélée positivement avec des évaluations positives de qualité de vie ou d'états psychologiques positifs (bonheur, bien-être subjectif, etc.). Mais inversement, elle montre aussi des corrélations négatives avec les issues négatives que sont la dépression et la phobie sociale (Watson et al., 1988a). Enfin, l'AP impacte également la santé objective (Cohen & Pressman, 2006 ; Marsland et al., 2006 ; Salovey et al., 2000). La revue de question de Cohen et Pressman (2006), ainsi que celle de Salovey et al. (2000) aboutissent à la même conclusion, l'AP diminue l'apparition de maladies telles que rhumes, maladies coronariennes, attaques cardiaques, et prédit aussi une meilleure issue lors de procréations médicalement assistées. Les travaux de Marsland et al. (2006) sur le système immunitaire vont aussi dans ce sens. Ils observent qu'à cinq mois d'un vaccin de l'hépatite B, les sujets à haute affectivité positive répondent plus fréquemment au vaccin (par la fabrication d'anticorps) que les autres et ce, en contrôlant les variables sociodémographiques, mais aussi l'optimisme, l'extraversion et l'affectivité négative.

Pour conclure, l'AP a un effet significatif sur des issues positives psychologiques telles que bonheur, bien-être, etc., et physiologiques telles que l'activation corticale, immunitaire, etc., et, est inversement corrélée aux issues négatives que sont la dépression et la phobie sociale. On comprend ainsi aisément le lien positif entre AP et qualité de vie.

3.3.3. Effets différenciés de l'AP et de l'AN

Si nous avons présenté successivement et séparément une partie sur l'AN puis une autre sur l'AP, c'est, d'une part dans un souci de clarté, d'autre part, parce que la littérature sur ces dimensions tient rarement compte des deux dimensions simultanément. Les quelques études disponibles sur l'AP et l'AN à la fois montrent que ces deux traits de personnalité n'influent pas sur les mêmes issues (Brennan et al., 2006 ; Denollet & De Vries, 2006 ; Efklides et al., 2003 ; Marsland et al., 2006 ; Watson et al., 1988a). Que ce soit mis en évidence par régressions hiérarchiques, analyses factorielles ou modèles en équations structurales, une qualité de vie physique dégradée dépendrait plus de l'AN que de l'AP (Brennan et al., 2006 ; Casten et al., 1997 ; Denollet & De Vries, 2006). Inversement, une qualité de vie sociale épanouie serait plus liée à l'AP qu'à l'AN (Denollet & De Vries, 2006 ; Watson et al., 1988a). En ce qui concerne la qualité de vie mentale, des analyses en régressions multiples montrent que l'affectivité négative rend compte de bien plus de variance des issues négatives que l'affectivité positive (Waston et al., 1988a), tandis qu'à l'inverse l'AP explique plus d'issues positives que l'AN (Efklides et al., 2003). Ces résultats sont concordants avec ceux trouvés par des analyses factorielles, où AN et épuisement émotionnel chargent le même facteur, tandis que AP, sentiment de compétence et santé mentale, chargent un autre facteur (Denollet & De Vries, 2006). Ce constat a aussi son corollaire cérébral puisque l'AP renforce des circuits cérébraux d'émotions positives, tandis que l'AN renforce des circuits d'émotions négatives (Hofmann, 2007). On retrouve le même schéma au niveau immunitaire. L'affectivité positive active le système immunitaire, tandis que, contrairement aux résultats de nombreuses études qui ne prennent pas en compte l'AP, Marsland et al. (2006) démontrent qu'en présence de l'AP, l'AN n'a pas d'effet indépendant sur la réponse immunitaire. Une fois encore, l'activation d'un système positif (ici le système immunitaire) est dépendante de l'AP et non de l'AN. Enfin, à en moyenne treize ans d'un cancer, l'AP montre une corrélation de 0.60 à la qualité de vie globale évaluée sur une échelle visuelle analogique, tandis que la corrélation n'est que de -0.36 entre AN et cette même qualité de vie (Avis et al., 2005).

Finalement et globalement, on constate que l'AP a plus d'effet sur des issues positives que l'AN, et qu'inversement, l'AN explique plus les issues négatives que l'AP. Ceci correspond à un phénomène général souvent constaté dans la littérature, à savoir que les facteurs psychologiques positifs (soutien social, AP, etc.) sont plus fortement liés à des issues positives (aspects positifs de qualité de vie, affectivité-état positive, etc.) que les facteurs psychologiques négatifs ; tandis que ces derniers (stress perçu, coping évitant, etc.) sont plus

fortement liés à des issues négatives (aspects négatifs de la qualité de vie, affectivité-état négative) que les facteurs psychologiques positifs (Abbey & Andrews, 1985). En outre, les effets de l'AN et de l'AP étant différenciés et complémentaires, les individus à forte AP et à forte AN rapportent à la fois des hauts niveaux de stress et d'anxiété, en même temps que beaucoup d'énergie et d'optimisme (Norlander et al., 2005). Ces auteurs ont aussi montré que différents profils d'individus (fortes AN et AP, faibles AN et AP, forte AN et faible AP, forte AP et faible AN) diffèrent sur la même issue. Par exemple, les individus à forte AP et faible AN, ainsi que ceux à faibles AN et AP, ressentent moins de stress que ceux à fortes AP et AN, ou à forte AN et faible AP (Ibid).

Chapitre 3 : Influence des processus transactionnels sur la qualité de vie et le développement post-traumatique.

1. Stress perçu, qualité de vie et développement post-traumatique.

1.1. Définition et mesure du stress perçu.

Dans le modèle intégratif en psychologie de la santé, "*certains processus intermédiaires (ou transactions entre individu et environnement) modulent l'impact des antécédents (environnementaux et individuels) sur les critères (qualité de vie, bien-être, santé)*" (Bruchon-Schweiter, 2002, p. 4). En cas de situation aversive, les individus évaluent d'abord la situation (évaluation primaire) comme plus ou moins stressante, contrôlable, voire représentant un défi, puis les ressources personnelles et sociales dont ils disposent pour y faire face, (évaluation secondaire) telles que le soutien social par exemple, avant de réagir à la difficulté (phase d'ajustement ou coping). Toutes ces variables, d'évaluation primaire, secondaire, et de coping, sont dites transactionnelles, elles reflètent les transactions entre individu et environnement.

Face à une même situation objective de stress, les personnes réagissent différemment dans leur évaluation cognitive subjective de cette situation. Le stress perçu est la variable transactionnelle d'évaluation primaire qui représente la menace et le stress subjectifs qu'une personne ressent lors d'une situation objectivement aversive. Pour l'appréhender, nous avons posé deux questions aux femmes interrogées (Annexe 4, p. 381), inspirées du critère de syndrome de stress post-traumatique du DSM-IV (APA, 1994). La première leur demandait de préciser l'intensité de malaise et de stress qu'avait suscité chez elles le cancer du sein, sur une échelle de 0, "*pas du tout de stress*" à 10 *" stress maximum*". La seconde question leur demandait dans quelle mesure elles avaient pensé qu'elles auraient pu mourir de ce cancer, sur une échelle de 0 "*je n'y ai pas du tout pensé*", à 10, "*j'y ai totalement pensé*".

1.2. Stress perçu et qualité de vie

D'une façon générale, il est aujourd'hui largement reconnu que toute forme de stress peut avoir de sérieux effets délétères, autant sur la santé psychique que physique. Ainsi, le stress général (donc non spécifique à la maladie, mais lié à des problèmes d'argent,

professionnels, relationnels, à l'incidence d'événements de vie négatifs et incontrôlables, etc.), impacte négativement la qualité de vie de personnes cancéreuses (Ashing-Giwa et al., 1999 ; Grassi et al., 1997) ou en bonne santé (Abbey & Andrews, 1985). Dans des analyses multivariées, à long terme après un cancer du sein, le stress général explique même un pourcentage de variance additionnelle de la qualité de vie globale, en plus et au-delà des variables sociodémographiques, médicales, et de la santé générale perçue (Ashing-Giwa et al., 1999). Si le stress général impacte fortement la qualité de vie, on se pose la question de savoir s'il en est de même pour le stress spécifique lié au cancer. Dunkel-Schetter et al. (1992) ont interrogé 603 personnes cancéreuses (des cancers du sein pour la majorité) à moins de cinq ans du diagnostic, pour savoir quel était le facteur le plus stressant lié à leur cancer. Il s'agit de l'avenir lié au cancer pour 41% de l'échantillon, des limitations physiques pour 24%, de la douleur pour 12%. Cette recherche donne ainsi une idée de la nature du stress perçu. Cela étant, elle montre à propos du coping, que ce n'est pas la nature du stress, mais le degré de stress perçu, qui influence le coping et donc indirectement aussi les issues psychologiques (Dunkel-Schetter et al., 1992).

1.2.1. Stress perçu et issues psychologiques

Avant une biopsie, la menace perçue par l'événement est liée à l'affectivité-état négative, en plus et au-delà de l'effet des variables sociodémographiques et de personnalité (Stanton & Snider, 1993). Cette même perception de la menace n'influence en revanche pas l'affectivité-état positive. A six mois du diagnostic d'un cancer du sein, le stress perçu est une des rares variables parmi celles psychologiques et médicales, qui, en régression pas à pas, prédit significativement la santé psychologique des femmes interrogées (Gallaher et al., 2002). La menace perçue évaluée à un an de la fin des traitements d'un cancer de la peau prédit la détresse psychologique mais aussi le bien-être, et ce, avec contrôle des variables sociodémographiques, médicales, et de personnalité (Hamama-Raz & Solomon, 2006). La recherche de Golden-Kreutz et al. (2005), également sur le cancer du sein, complète ces informations en différenciant trois types de stress : stress perçu lié au cancer, stress global de la vie sans référence à un événement en particulier, et stress lié à des événements de vie difficiles survenus dans l'année précédent le diagnostic. Ces auteurs montrent par des régressions multiples que, à douze mois du diagnostic, la qualité de vie mentale au SF-36 est prédite par la qualité de vie mentale initiale (évaluée au diagnostic), le stress initial lié au cancer (évalué au diagnostic), ainsi que le stress lié aux événements de vie de l'année

précédant le diagnostic. La qualité de vie physique au SF-36 à douze mois du diagnostic, est prédite quant à elle par l'âge, la qualité de vie physique initiale au diagnostic, le stress initial lié au cancer, ainsi que le stress global vécu par ces femmes (percevoir sa vie comme non prévisible, incontrôlable, surchargée). L'impact des événements de vie stressants sur l'ajustement au cancer a également été mis en évidence par Grassi et Rosti (1996). Le stress général au diagnostic n'est en revanche significativement pas lié à la qualité de vie mentale ultérieure. Ces données suggèrent donc que, à court terme après un cancer, le stress spécifiquement lié à la maladie ou à d'autres événements difficiles a plus d'impact sur la qualité de vie mentale que le stress général de la vie globale des sujets. Parle, Jones et Maguire (1996) corroborent ces résultats sur toutes sortes de cancers cette fois, en montrant que, effectivement, le stress perçu par le diagnostic du cancer prédit bien, un an plus tard, la probabilité de développer des troubles anxieux ou dépressifs. Plus spécifiquement, le stress lié à la perception d'un risque létal est associé à un mauvais ajustement au cancer à court terme, caractérisé par des difficultés avec le personnel soignant, un retrait comportemental, de l'anxiété et de la dépression (Jenkins & Pargament, 1988). Dans une étude transversale sur des hommes HIV+ ou sidaïques, le stress perçu associé à la maladie prédit en régressions hiérarchiques, la dépression, la détresse globale, l'ajustement à la maladie, et la santé perçue, en plus et au-delà des variables médicales, de l'optimisme et du soutien social (Pakenham & Rinaldis, 2001).

Les études sur le long terme sont plus rares. Longitudinalement, la vulnérabilité perçue liée au cancer du sein mesurée de 1 à 5 ans du diagnostic (regroupant la menace perçue de la récidive, ainsi que des préoccupations corporelles), prédit l'affectivité positive et négative (versions états) évaluées 5 à 10 ans du diagnostic (Bower et al., 2005). On notera qu'il ne s'agit pas ici du stress perçu, mais de la vulnérabilité perçue, concept plus large que le stress. D'ailleurs, dans une autre étude longitudinale sur le cancer du sein, le stress perçu lié au cancer, ainsi que le stress létal perçu, évalués à 3, 7, 11 et 15 mois du diagnostic ne prédisent, en régressions multiples, ni la détresse émotionnelle ni les symptômes d'intrusion et d'évitement post-traumatiques évalués à 6 ans du diagnostic (Lebel et al., 2008).

1.2.2. Stress perçu et coping

Comme le font remarquer Parle et al. (1996), trop peu d'études prennent en compte simultanément stress perçu et coping, alors que les deux sont pourtant liés. En situation cancéreuse, les personnes percevant une menace importante au diagnostic (qui correspond ici

au fait de rapporter plus de huit inquiétudes en lien avec le cancer, par exemple inquiétudes par rapport aux traitements, à l'apparence physique, aux questions de féminité/masculinité, etc.) sont plus susceptibles que les autres d'utiliser un coping d'impuissance face à leurs inquiétudes, qui s'avère inefficace pour éliminer ces dernières (Parle et al., 1996). Mêmes résultats dans l'échantillon cancéreux de Dunkel-Schetter et al. (1992) où le stress perçu est lié à un coping évitant (tant cognitivement que comportementalement), lui-même associé à de la détresse émotionnelle. A deux ans du diagnostic d'un cancer, l'étude française de la DRESS (2008) menée sur 4234 personnes, montre également que la perception subjective par un patient de l'état de son cancer (à quel point croit-il être en rémission ou en évolution de la maladie) explique 14.7% de variance du coping de détresse (impuissance-désespoir couplé avec les préoccupations anxieuses à la MAC), tandis que l'état objectif de ce même cancer (en rémission, stable ou évolutif) n'explique que 1.9% de cette même variance (Cayrou & Dickes, 2009). Ainsi, percevoir son cancer comme non guéri et/ou évolutif et se sentir menacé par la maladie sont liés à des copings non adaptatifs.

Cependant, dans l'échantillon de 603 personnes de Dunkel-Schetter et al. (1992), le stress perçu est aussi lié à un coping de recherche et d'utilisation de soutien social, lui-même inversement lié à la détresse émotionnelle. Le stress perçu s'avère donc lié à différentes formes de coping, d'approche ou d'évitement, délétères ou salutogènes (Chang et al., 1998). La méta-analyse de Franks et Roesch (2006) sur le lien entre stress perçu et coping, réalisée à partir de 15 recherches sur le cancer représentant 1473 sujets, aboutit d'ailleurs au résultat que le stress perçu est corrélé positivement à un coping centré sur le problème ($r=0.20$, $p<0.01$). De plus, la minimisation de la menace représentée par le cancer pourrait être en elle-même une forme de coping (Orr & Meyer, 1990). Orr et Meyer (1990) ont en effet remarqué que, en cas de cancer du sein, plus la situation est objectivement stressante, plus les femmes minimisent le stress perçu. Utilisant un groupe contrôle de femmes non cancéreuses, appariées sur divers critères sociodémographiques, les auteurs remarquent par exemple que les femmes cancéreuses jugent le cancer du sein comme moins négatif et moins stressant que les femmes contrôles en bonne santé. De même, à 4 mois de la mastectomie (c'est-à-dire dans une période difficile, lors des traitements adjuvants), les femmes évaluent plus positivement leur cancer qu'à 13 mois de la même mastectomie, où elles sont pourtant, médicalement parlant, dans une situation objectivement moins stressante. Toujours dans la même idée, les femmes dont le cancer est au stade II, ont tendance à évaluer plus positivement leur maladie que les femmes dont la tumeur n'est qu'au stade I. La minimisation de la menace perçue par le cancer compense ainsi l'augmentation de la menace objective représentée par la maladie.

Cette minimisation est donc bien une forme de coping permettant d'atténuer l'impact de la maladie, et de favoriser un meilleur ajustement. Les auteurs montrent d'ailleurs longitudinalement que l'évaluation optimiste (peu de menace perçue) faite par ces femmes de leur cancer à 4 mois de la mastectomie, prédit un bon ajustement 9 mois plus tard (Orr & Meyer, 1990).

1.2.3. Le stress perçu : médiateur entre personnalité et qualité de vie

Deux études suggèrent un rôle médiateur du stress perçu dans le cas du cancer du sein (Cousson-Gélie, 2000 ; Schou et al., 2005). Transversalement au diagnostic, la menace perçue médiatise l'effet de l'optimisme sur la qualité de vie émotionnelle et sociale (Schou et al., 2005). Ainsi, les femmes optimistes évaluent moins nocivement leur cancer, ce qui protège leur qualité de vie émotionnelle et sociale. Longitudinalement, le stress perçu au diagnostic médiatise aussi l'effet de l'anxiété-trait sur la qualité de vie globale évaluée deux ans plus tard (Cousson-Gélie, 2000). Une personnalité anxieuse a tendance à percevoir la situation cancéreuse comme fortement menaçante, ce qui, même à deux ans du diagnostic, diminue la qualité de vie.

1.2.4. Conclusion

En conclusion, on retiendra que le stress perçu lié au cancer est délétère au regard de diverses issues (Bower et al., 2005 ; Gallaher et al., 2002 ; Hamama-Raz & Solomon, 2006 ; Jenkins & Pargament, 1988 ; Parle et al., 1996), dont la qualité de vie (Golden-Kreutz et al., 2005). Il joue également un rôle médiateur entre personnalité et qualité de vie (Cousson-Gélie, 2000 ; Schou et al., 2005). La menace perçue est aussi associée à un coping centré sur le problème (Franks & Roesch, 2006), et pourrait donc indirectement favoriser l'ajustement à la maladie. De plus, couplée à une situation objectivement stressante, une faible menace perçue peut s'avérer être une forme de coping efficace pour minimiser l'impact de la maladie et favoriser un meilleur ajustement (Orr & Meyer, 1990).

Enfin, on notera que, à part l'étude de Bower et al. (2005) sur le lien entre vulnérabilité perçue et affectivité-état, et celle de Lebel (2008) sur le lien entre stress perçu au diagnostic et syndrome de stress post-traumatique à long terme, toutes celles citées précédemment concernent le court terme après le diagnostic. Comme le remarquent Hamama-Raz et Solomon (2006), aucune recherche ne s'est intéressée jusqu'ici (jusqu'en 2006 donc) au lien entre menace perçue liée au cancer et ajustement des survivants à long terme. Or, cette

question est pourtant particulièrement intéressante à explorer chez les survivants qui, par définition, ne sont ni malades, ni totalement en bonne santé, dans la mesure où des séquelles peuvent exister, et où une récidive n'est jamais totalement à exclure. A notre connaissance, la présente recherche est ainsi la première à étudier le lien entre stress perçu au diagnostic et qualité de vie 5 à 15 ans plus tard.

1.3. Stress perçu et développement post-traumatique

Transversalement et à moins de 4 ans des traitements d'un cancer du sein, le stress perçu quant au cancer et à ses traitements est positivement lié au développement post-traumatique (Bellizzi & Blank, 2006 ; Cordova et al., 2001, 2007). La menace de mort perçue est également liée au développement suite à divers cancers (Barakat et al., 2006 ; Cordova et al., 2001 ; Widows et al., 2005). Longitudinalement, sur une population de femmes cancéreuses aux stades I et II, le stress perçu à la fin des traitements prédit en régressions simultanées le développement évalué un an plus tard (Sears et al., 2003). Transversalement, le stress perçu à court terme d'un cancer des os, ainsi que la menace de mort perçue, sont corrélés au PTG évalué par le PTGI (Widows et al., 2005). De la même façon, et toujours transversalement, mais à long terme des traitements cette fois, dans une population d'adolescents touchés par divers cancers, les stress perçus liés aux traitements et à la peur de mourir sont encore corrélés au développement (Barakat, Alderfer & Kazak, 2006). Inversement, la sévérité objective de la maladie (comme le risque médical de progression ou de récidive par exemple) n'est nullement corrélé au développement (Barakat et al., 2006 ; Weiss, 2004 ; Widows et al., 2005). Ces résultats sont cependant en contradiction avec ceux d'Affleck et al. (1987) montrant que sur le long terme, les personnes trouvent plus de bénéfices après deux attaques cardiaques qu'après une seule. De la même façon, les femmes ayant un cancer du sein au stade II trouvent plus de bénéfices à leur maladie que celles au stade I (Tomich & Helgeson, 2004 ; Urcuyo et al., 2005). Plus largement, la méta-analyse de Helgeson et al. (2006) sur toutes sortes d'événements, conclue aussi à une corrélation positive entre sévérité objective et développement. Seule l'étude de Collins et al. (1990) sur divers cancers donne des résultats contraires, les personnes à mauvais pronostic (évalué par le médecin) rapportant dans cette recherche moins de changements positifs que les personnes à bon pronostic. Il faut tout de même préciser que l'enquête était qualitative et ne portait que sur 55 personnes.

L'articulation des résultats précédents, à savoir un lien positif entre sévérité et développement pour certains (Helgeson et al., 2006 ; Tomich & Helgeson, 2004 ; Urcuyo), négatif pour d'autres (Collins et al., 1990), ou nul pour d'autres encore (Barakat et al., 2006 ; Weiss, 2004 ; Widows et al., 2005) pourrait se trouver dans le travail original de Lechner et al. (2003). En effet, ces chercheurs mettent en évidence un lien curvilinéaire en forme de U inversé entre stade du cancer (allant de I à IV dans cette recherche) et développement. Ainsi, les personnes trouvant le plus de bénéfices à la maladie sont aux stades II et III, tandis que celles à un stade moins avancé (stade I, cancer de meilleur pronostic), ainsi que celles à un stade plus avancé (stade IV, cancer de très mauvais pronostic), ont les taux de développement les plus bas. Une régression curvilinéaire, significative, confirme ce phénomène (Lechner et al., 2003). Ainsi, la gravité objective de la situation s'accompagnerait d'un développement post-traumatique, mais seulement jusqu'à un certain point, après lequel la gravité s'accompagnerait au contraire d'une diminution du PTG. En outre, comme le montre Bellizzi et Blank (2006) sur le cancer du sein, la gravité objective (mesurée à travers le stade de la maladie) peut avoir des effets sur certaines dimensions du PTG et non sur d'autres. Enfin, il est important de noter qu'en contrôlant le stade de la maladie, le stress perçu lié au cancer reste significativement corrélé (donc linéairement) au développement post-traumatique (Lechner et al., 2003). Reste à savoir si le stress perçu varie en fonction de la sévérité objective de la situation. Cordova et al. (2001) ne trouvent à ce titre aucun lien entre stade du cancer (qui est indicateur objectif de gravité) et stress perçu. Malheureusement, leur échantillon ne contient aucune femme au stade IV, ce qui peut fausser leur conclusion.

A côté des situations cancéreuses, l'association entre stress perçu et PTG a été mise en évidence dans toutes sortes de situations stressantes. Des études réalisées avec des populations étudiantes faisant référence à l'événement le plus stressant de leur vie survenu au cours des derniers mois (à court terme, moins d'une année), montrent par régressions ou modèles en équations structurales une association significative positive entre stress perçu et développement (Kesimci et al., 2005 ; Park et al., 1996 ; Park & Fenster, 2004). Plus intéressante encore est la recherche d'Arméli et al. (2001) sur deux populations, étudiants et adultes (anciens étudiants), faisant référence à l'événement le plus douloureux et/ou stressant des deux dernières années. Une analyse en clusters sur différentes variables (stress perçu, ressources perçues, coping) aboutit à 5 profils, dont deux sont caractérisés par un haut niveau de stress perçu, le profil 1 et 4. Dans le profil 1, on trouve un haut niveau de stress perçu, un haut niveau de ressources perçues, ainsi qu'un coping adaptif. Dans le profil 4, on trouve un haut niveau de stress perçu, un faible niveau de ressources perçues, et un coping modérément

adaptatif. Or, effectuant une analyse de variance multivariée afin d'évaluer les différences de PTG parmi les 5 profils, les auteurs montrent que seul le profil 1 se démarque des quatre autres avec un niveau de développement post-traumatique plus fort (Arméli et al., 2001). Ainsi, ce n'est qu'en association avec des ressources perçues (soutien social perçu et sentiment de contrôle), et un coping adaptatif (ici caractérisé par un coping centré sur le problème, la ventilation des émotions, l'acceptation, la réinterprétation positive, la recherche de soutien social, et la religion), qu'un haut niveau de stress est lié à un haut niveau de PTG (Arméli et al., 2001).

Enfin, on peut s'interroger sur la nature du stress perçu, en lien avec le PTG. L'étude longitudinale de Widows et al. (2005) est à ce titre particulièrement éclairante. Avant une greffe de moelle osseuse, Widows et al. (2005) ont mesuré le niveau de stress perçu ressenti par les patients. Deux ans plus tard en moyenne, ils leur ont demandé d'évaluer rétrospectivement leur niveau de stress avant la greffe. Les niveaux rétrospectifs sont significativement plus élevés que les niveaux réels évalués à l'époque de la greffe, ce qui traduit un biais de rappel. Or, ce biais de rappel est significativement corrélé au score global du PTGI. Ainsi, peut-être plus que le stress réellement perçu lors d'une épreuve douloureuse, c'est la distorsion négative du stress provoqué par l'épreuve (c'est-à-dire le fait d'avoir un souvenir plus pessimiste que la réalité) qui serait liée au développement (Widows et al., 2005). Ces résultats sont tout à fait dans la lignée de ceux de McFarland et Alvaro (2000) qui montrent que les changements positifs déclarés par les personnes proviennent d'une perception rétrospective négative d'eux-mêmes avant un événement stressant. Autrement dit, le point commun de ces deux recherches (McFarland & Alvaro, 2000 ; Widows et al., 2005) est que le PTG est lié à une distorsion présente, négative du passé. Cette distorsion négative du passé aurait pour fonction de se sentir mieux au présent qu'au passé, et donc en développement post-traumatique.

Globalement, on peut ainsi conclure à un lien entre stress perçu et développement post-traumatique (Sumalla et al., 2009). Ce lien semble être positif et linéaire, telle la conclusion de la méta-analyse de Helgeson et al. (2006) sur toutes sortes d'événements, mais parfois aussi curvilinéaire en U inversé comme le suggère la revue de question de Linley et Joseph (2004), également sur toutes sortes d'événements traumatiques. En outre, on notera que le stress perçu rétrospectivement semble être plus fort que le stress perçu réellement lors de l'épreuve traumatique, et que ce biais de rappel est lié au PTG.

2. Coping, qualité de vie et développement post-traumatique

2.1. Introduction à la notion de coping

2.1.1. Définition

La définition la plus usuelle du coping trouvée dans la littérature est celle de Lazarus et Folkman (1984) pour qui le coping correspond aux "*efforts cognitifs et comportementaux en permanente évolution, destinés à gérer les exigences internes et/ou externes évaluées comme menaçant ou excédant les ressources de l'individu"* (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141, traduction libre). De façon simple, le coping représente donc les efforts des individus pour gérer au mieux une situation qu'ils évaluent comme stressante. Ces efforts peuvent être des actions et/ou des pensées, destinées à affronter le problème (ex: parler du problème à des amis) ou à l'éviter (ex: préférer ne pas penser au fait qu'on a un cancer). Il faut comprendre le coping comme un processus spécifique à une situation, constamment changeant, et non comme une caractéristique générale et stable (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Krohne, 1996 ; Lazarus & Folkman, 1984). Il ne s'agit pas d'un trait de personnalité, puisqu'il change selon les stresseurs, et même lors du cancer, selon les étapes de la maladie (Heim et al., 1997).

Trop nombreuses sont les nomenclatures de copings (Folkman & Moskowitz, 2004) pour que nous puissions les exposer ici. Néanmoins, on peut appréhender le coping de façon micro ou macroanalytique (Krohne, 1996), les deux approches n'étant bien sûr pas exclusives l'une de l'autre. Nous présentons brièvement ces deux approches.

2.1.2. Approche macroanalytique

Les approches macroanalytiques, construites rationnellement sur une base théorique ou empiriquement par analyse factorielle (ou par un mélange des deux), rassemblent plusieurs copings précis en un seul groupe ou facteur.

De façon macroanalytique, on distingue généralement deux grandes formes de coping: le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Fischer & Tarquinio, 2006). Comme leurs noms l'indiquent, le coping centré sur le problème correspond aux efforts d'un individu pour agir directement sur le problème, tandis que celui centré sur l'émotion correspond aux efforts destinés à réduire ou à mieux gérer les émotions associées au problème. Souvent, en cas de situations contrôlables, le coping centré sur le problème est le plus salutogène, tandis qu'en cas de situations non contrôlables, c'est le coping

centré sur l'émotion qui peut s'avérer le plus efficace (Fischer & Tarquinio, 2006). Comme nous le verrons ultérieurement, il faut cependant être prudent avant d'énoncer l'efficacité d'un coping, un coping pouvant être salutogène ou non selon les personnes, les stresseurs, et les moments auquel il est déployé, ce qui fait qu'il n'y pas, en soi, de bonnes ou de mauvaises stratégies de coping (Fischer & Tarquinio, 2006 ; Folkman & Moskowitz, 2004 ; Krohne, 1996).

A côté de l'axe problème/émotion, on distingue aussi très souvent l'axe coping d'approche/coping évitant (Krohne, 1996). Le coping d'approche regroupe toutes formes de copings (centrées sur le problème ou émotionnelles) tournées vers le problème ou la situation, tandis que le coping d'évitement regroupe les stratégies qui cherchent à éviter le problème. Parfois, les auteurs confondent coping d'approche et centré sur le problème d'une part, et évitant et émotionnel d'autre part. Cela est regrettable, car comme le montre la taxonomie de Franks et Roesch (2006 ; voir Annexe 3, page 357), cette confusion peut faire perdre de l'information. Par exemple, la réinterprétation positive des événements est à la fois un coping d'approche (qui n'évite pas la situation), et centré sur l'émotion (et non sur la modification du problème lui-même).

En outre, comme le font remarquer certains auteurs (Folkman & Moskowitz , 2004 ; Stanton et al., 2000), les approches macroanalytiques ne sont pas toujours heureuses regroupant parfois des copings qui semblent proches, et sont pourtant de nature différente. Par exemple, la distanciation (qui est le fait de mettre de la distance avec le stresseur, que ce soit par l'humour, la distraction, une prise de recul, etc.) est souvent regroupée avec d'autres copings d'évitement. Or, l'évitement qui s'apparente à la fuite et au déni du problème, s'avère souvent délétère pour l'ajustement, tandis que la distanciation permet au contraire à l'individu de se ressourcer et diminue la détresse émotionnelle liée au cancer (Dunkel-Schetter et al., 1992). Ainsi, si la distanciation est bien un évitement momentané du stresseur et peut donc être considérée comme un coping d'évitement, il n'est cependant pas forcément judicieux de l'assimiler à un réel coping d'évitement. De la même façon, le coping centré sur l'émotion regroupe parfois déni et expression émotionnelle. Or, l'expression émotionnelle étant précisément l'inverse du déni, ce regroupement peut être la source d'étranges résultats dans la littérature (Stanton et al., 2000). Enfin, on peut aussi regretter que parfois, certains items de coping centré sur l'émotion évaluent plus la détresse émotionnelle qu'une forme de coping, c'est-à-dire une réaction cognitive et/ou comportementale pour faire face à l'adversité (Folkman & Moskowitz, 2004 ; Stanton et al., 2000).

Pour conclure, on notera qu'au-delà des deux axes décrits pour classer différentes formes de coping (problème/émotion, approche/évitement), il existe de nombreuses autres façons d'appréhender le coping. A titre d'illustration, une des échelles de coping les plus pratiquées, la Ways of Coping Checklist (WCC), traduite et adaptée en français en 1996 (Cousson et al., 1996) comporte dans cette version trois dimensions que sont le coping centré sur le problème, sur l'émotion, et la recherche de soutien social. Il faut aussi noter qu'il existe des échelles de copings spécifiques à certaines situations. Dans le cas du cancer, on peut citer la MAC (Mental Adjustment to Cancer ; Watson, Greer, Young & Inayat, 1988), qui évalue l'ajustement au cancer sur quatre dimensions, l'esprit combatif, l'impuissance/désespoir, le fatalisme et les préoccupations anxieuses.

2.1.3. Approche microanalytique, l'exemple du Brief COPE.

Le coping peut aussi être appréhendé de façon plus détaillée que par la classification générale du coping centré sur le problème versus sur l'émotion, et du coping d'approche versus évitement. Le Brief COPE (Carver, 1997 ; voir annexe 4, page 382), version abrégée d'un test initial, le COPE (Carver et al., 1989), est une bonne illustration d'une approche fine du coping.

Le Brief COPE contient 14 échelles de coping, chacune étant formée par deux items : coping actif (items 2 et 20 = agir, essayer de résoudre la situation), planification (13 et 24 = essayer de planifier une stratégie), soutien instrumental (10 et 19 = rechercher des conseils et de l'aide pratique), soutien émotionnel (5 et 14 = rechercher un soutien émotionnel), expression des sentiments (9 et 18 = exprimer ses ressentis négatifs), réinterprétation positive (11 et 26 = s'efforcer de voir la situation le plus positivement possible), acceptation (8 et 23 = accepter la situation et faire avec), déni (3 et 21 = nier la réalité de la situation), blâme (12 et 25 = s'autocritiquer), humour (16 et 28 = prendre la situation avec humour), religion (7 et 27 = se réconforter par la prière, la religion ou la spiritualité), distraction (1 et 17 = se distraire pour moins penser au problème), utilisation de substances (4 et 22 = prendre de l'alcool ou d'autres substances pour traverser la situation), désengagement comportemental (6 et 15 = renoncer à essayer de résoudre la situation, abandonner l'espoir de faire face). Les alphas de Cronbach des échelles montrent des valeurs supérieures à 0.60 pour 11 des 14 échelles (Carver, 1997). Les 3 échelles ayant des alphas de Cronbach inférieurs à 0.60 sont l'acceptation (0.57), le déni (0.54) et l'expression des sentiments (0.50).

Lors de la validation du Brief COPE, Carver (1997) a réalisé une analyse factorielle exploratoire (avec rotation Varimax) sur la base de données récoltées au test par des survivants à un ouragan. L'analyse révèle 9 facteurs expliquant 72.4% de la variance. Les facteurs regroupent les sous échelles suivantes : F1 = soutien émotionnel et instrumental ; F2 = coping actif, planification, réinterprétation positive ; F3 = expression des sentiments et distraction ; F4 = déni et blâme ; F5 = acceptation (bien qu'un des deux items de l'acceptation sature fortement F2) ; F6 = utilisation de substances ; F7 = désengagement comportemental ; F8 = humour ; F9 = religion. On notera que 4 sous-échelles correspondent chacune à un seul facteur.

En outre, l'auteur fait un commentaire tout à fait intéressant à propos des facteurs F3 et F4. Il remarque que dans chacun de ces deux facteurs, des forces antagonistes coexistent. En effet, en F3, l'expression des sentiments implique de parler du problème, tandis que la distraction cherche au contraire à l'éviter (on retrouve ici l'axe approche/évitement mais dans un seul et même facteur). En F4, le déni permet de ne pas se remettre en question, tandis que le blâme est précisément une autocritique. Cette observation de l'auteur montre ainsi que des copings différents vont pourtant ensemble, et va donc tout à fait avec la mise en garde déjà évoquée de Folkman et Moskowitz (2004) sur les regroupements parfois peu pertinents de copings.

2.1.4. Coping et cancer du sein : aspect descriptif

Dans le cas du cancer du sein, tout au long de l'année suivant le diagnostic, les copings les plus utilisés par les femmes sont l'acceptation en premier lieu, la réinterprétation positive et la religion dans une moindre mesure, les moins utilisés étant le désengagement comportemental et le déni (Carver et al., 1993). Heim et al. (1997) ayant suivi des femmes tout au long des étapes de leur cancer (hospitalisation, chimio, rémission), confirment et précisent ces résultats en montrant que quelle que soit l'étape de la maladie, les stratégies de coping les plus utilisées respectent toujours le même ordre, à savoir, des plus utilisées aux moins utilisées : l'acceptation de la situation et l'orientation vers les autres (expression émotionnelle, recherche de soutien, aider les autres également), le coping centré sur le problème et de réinterprétation positive, la distraction, le déni, et en dernier lieu le coping négatif centré sur le problème (résignation, retrait social, autoaccusation, colère, plaintes continues). Globalement, l'acceptation et un coping actif sont les stratégies les plus utilisées, tandis que la résignation et le déni sont les moins fréquentes (Carver et al., 1993 ; Heim et al., 1997).

A plus de cinq ans du diagnostic de cancer du sein, une étude qualitative montre que pour faire face aux soucis liés au cancer, dont notamment la peur de la récidive, les femmes se centrent sur leur travail, leur famille, une certaine spiritualité et un coping actif de recherche d'informations (Fredette, 1995). Toujours à plus de cinq ans, par rapport à un groupe contrôle de femmes se référant à un événement traumatique de leur choix, les femmes en rémission du cancer, et ne présentant pas de syndrome post-traumatique, affichent plus de copings de distraction et d'utilisation de substances (c'est-à-dire des copings destinés à réduire une certaine tension), ainsi que de remplacement (c'est-à-dire trouver des solutions alternatives, par exemple faire du bénévolat si on ne peut plus travailler ; Amir & Ramati, 2002). Ces résultats suggèrent ainsi que, même à long terme de leur diagnostic, les femmes atteintes de cancer du sein ont encore à faire face à un certain stress, et à s'organiser différemment, sans doute du fait de séquelles ou tout du moins de changements dans leur vie. Ces résultats traduisent sous une autre forme les difficultés existantes à long terme d'un cancer, telles qu'elles ont déjà été décrites dans la partie de l'étude I sur la qualité de vie à long terme après un cancer du sein.

Bien que l'on puisse dégager des copings plus utilisés que d'autres lors du cancer, il est rare qu'une personne utilise de façon privilégiée une seule forme de coping au détriment des autres. La plupart des personnes ayant eu un cancer utilise beaucoup de formes de coping, mais dans des proportions différentes (Collins et al., 1990 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Heim et al., 1997).

En outre, il est important de noter qu'une évaluation qualitative du coping peut être pertinente. En effet, même un test comme le Brief COPE faisant référence à 14 formes de coping (Carver, 1997), ne permet pas de repérer précisément un certain nombre de copings pourtant souvent décrits par les personnes ayant eu le cancer. Il s'agit fréquemment de l'altruisme (participer à des associations de lutte contre le cancer après avoir été soi-même malade afin de reprendre du contrôle ; Allen et al., 2008 ; Halstead & Fernsler, 1994 ; Folkman & Moskowitz, 2004 ; Park, 1998), des comparaisons sociales par le bas (*downard social comparisons* par lesquelles un sujet se compare à des personnes étant dans un état pire que le sien, ou réagissant à l'adversité moins bien que le sujet, et rehausse ainsi son moral ; (Efklides et al., 2003 ; Jenkins & Pargament, 1988 ; Razavi et al., 2002 ; Schulz & Mohamed, 2004), de l'utilisation de médecines parallèles (homéopathie, naturopathie, etc., Monti et al., 2008), et même, dans certains cas, lorsque cela est possible, de la participation à la prise de décision médicale concernant les traitements (Hack & Degner, 2004).

2.2. Coping et qualité de vie

2.2.1. Coping d'approche, centré sur le problème, et qualité de vie

D'une façon générale, face au cancer, les copings d'approche ainsi que ceux centrés sur le problème s'avèrent salutogènes par rapport à diverses issues telles que la qualité de vie (Cayrou & Dickes, 2008 ; Cotton et al., 1999), l'ajustement à la maladie (Grassi & Rosti, 1996 ; Stanton et al., 2002), l'adaptation psychosociale (Ell et al., 1989 ; Heim et al., 1997), la détresse (Burgess et al., 1988 ; Carver et al., 1993 ; Ell et al., 1989 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Porter et al., 2006) et le bien-être psychologique (Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Echteld et al., 2003 ; Ell et al., 1989 ; Hack & Degner, 2004 ; Sears et al., 2003).

Nous exposerons ci-dessous successivement le lien entre coping et diverses issues : qualité de vie, détresse psychologique, issues positives.

2.2.1.1. Coping et qualité de vie

Au diagnostic d'un cancer du sein ou après les traitements, un coping actif comportemental et cognitif n'est lié à aucun domaine de qualité de vie ni transversalement, ni longitudinalement lorsque celle-ci est évaluée 4 mois plus tard (McCaul et al., 1999 ; Stanton et al., 2000). La recherche de soutien social après les traitements ne prédit pas non plus la qualité de vie 3 mois plus tard, alors que c'est le cas pour l'acceptation (Stanton et al., 2000). Inversement, à deux ans du diagnostic d'un cancer, le coping d'esprit combatif évalué à la MAC est positivement corrélé aux 8 dimensions du SF-36, ainsi qu'aux deux scores globaux de qualité de vie physique et mentale (Cayrou & Dickes, 2008) . On retrouve le même lien entre l'esprit combatif à la MAC et la qualité de vie évaluée par le FACT-B (test de qualité de vie spécifique au cancer du sein) à 14 mois d'un cancer du sein (Cotton et al., 1999). Un coping d'approche est aussi lié à l'adaptation psychosociale générale des personnes ayant eu le cancer (Ell et al., 1989 ; Heim et al. 1997). Une recherche ayant suivi tous les 6 mois 74 femmes pendant 3 à 5 ans suite à leur diagnostic, montre que celles qui présentent une bonne adaptation psychosociale tout au long de ces années (aux niveaux professionnel, familial et social) font face par l'acceptation de leur cancer du sein et la recherche de soutien social tout au long de l'étude, ainsi qu'à l'utilisation d'un coping actif, positif (recherchant ce qu'il y a de positif dans la situation) et centré sur le problème lors de la phase d'hospitalisation pour l'opération (Heim et al., 1997). A 6 mois d'un diagnostic de cancer, Ell et al. (1989) constatent également qu'un coping de restructuration cognitive (effort pour repenser la situation

positivement et se donner de la volonté pour faire face) s'accompagne de moins de limitations sociales chez les patients. Enfin, un coping actif au diagnostic et de recherche de soutien social prédit le fait de trouver un sens à sa vie deux ans plus tard, tandis qu'un coping de déni et d'évitement diminue le sens trouvé à sa vie (Jim et al., 2006). Or, chez les personnes ayant eu le cancer, le fait de penser que sa vie a du sens est fortement corrélé à la qualité de vie (Tomich & Helgeson, 2002). Ces données suggèrent donc qu'un coping actif au diagnostic prédit positivement la qualité de vie ultérieure, tandis qu'un coping évitant serait un facteur de risque, le tout via la variable du sens de la vie. Malgré toutes ces données attestant de l'efficacité du coping à court ou moyen terme d'un cancer, sur une longue étendue après un diagnostic de SIDA, aucune forme de coping (centré sur le problème ou l'émotion) n'est liée à la santé perçue ou à l'ajustement psychosocial à la maladie (Pakenham & Rinaldis, 2001).

2.2.1.2. Coping et détresse psychologique

A côté de la qualité de vie stricto sensu et de l'adaptation générale, le coping semble aussi impacter une issue plus spécifiquement liée au cancer, celle de la détresse psychologique. Avant et après une biopsie, ainsi qu'après l'opération d'un cancer du sein, l'évitement cognitif s'accompagne en régressions multiples de détresse psychologique (Stanton & Snider, 1993). De plus, le déni et le désengagement comportemental à trois mois du diagnostic prédisent la détresse trois mois plus tard (Carver et al., 1993). En contrôlant la détresse émotionnelle au diagnostic d'un cancer du sein, six mois plus tard, la proportion de coping de désengagement émotionnel (retrait social et autocritique) utilisée par rapport à tous les autres copings, s'accompagne d'anxiété et de dépression (Osowiecki & Compas, 1999). L'évitement après les traitements prédit aussi plus de détresse et moins d'affectivité positive trois mois plus tard (Stanton et al., 2002). A court terme d'un cancer du sein, l'évitement cognitif ou comportemental semble donc délétère pour l'ajustement (Carver et al., 1993 ; Osowiecki & Compas, 1999 ; Stanton & Snider, 1993 ; Stanton et al., 2002). A court comme à long terme d'un diagnostic de SIDA, avec contrôle de diverses variables médicales et psychologiques, le coping centré sur l'émotion prédit plus de dépression et de détresse psychologique, mais n'est pas lié à l'ajustement psychosocial à la maladie (Pakenham & Rinaldis, 2001).

Inversement, un coping de restructuration cognitive s'accompagne de moins de détresse psychologique à court terme après un cancer du sein (Burgess et al., 1988 ; Carver et al., 1993 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Osowiecki & Compas, 1999) ou d'autres cancers

(Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Ell et al., 1989). A plus de cinq ans d'un cancer du sein, la restructuration cognitive diminue la détresse liée au cancer, notamment sur la peur d'une récidive (Porter et al., 2006). La recherche et l'utilisation de soutien social diminuent également la détresse psychologique liée au cancer à court comme à long terme du diagnostic, (Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Heim et al., 1997) bien que ce ne soit pas le cas dans toutes les études (Stanton et al., 2000). De façon plus précise, l'expression émotionnelle des femmes à court terme de leur cancer prédit moins de détresse, plus d'affectivité positive, une meilleure santé perçue et moins de visites médicales, alors que le traitement cognitif émotionnel (passer du temps à essayer d'identifier et de bien comprendre ses sentiments) prédit au contraire plus de détresse (Stanton et al., 2000). Le coping spirituel diminue également la détresse à court terme d'un cancer du sein (Stanton et al., 2000). A plus de cinq ans d'un cancer du sein, les femmes ne présentant pas de syndrome de stress post-traumatique se caractérisent par une recherche de solutions alternatives comme coping, tandis que celles présentant ce symptôme se caractérisent par des stratégies d'évitement (Amir & Ramati, 2002).

Malgré ces résultats, les copings d'approche ne sont pas toujours liés à une diminution de la détresse. Avant une biopsie, le coping de focalisation sur le positif n'est par exemple pas lié à la détresse, et la recherche de soutien social comme coping est même positivement corrélée à la détresse psychologique (Stanton & Snider, 1993). Juste après le diagnostic, les copings actifs de ces femmes, cognitifs ou comportementaux, sont toujours non corrélés, ou alors positivement, à la détresse psychologique (McCaul et al., 1999). Après les traitements, les copings centrés sur le problème et de réinterprétation positive ne sont liés ni à la détresse psychologique, ni à la santé perçue trois mois après la première mesure (Stanton et al., 2000). Avant l'opération d'un cancer du sein, David et al. (2006) constatent encore de façon étonnante que les copings de planification, de recherche de soutien instrumental, et de ventilation de ses émotions, habituellement salutogènes, sont pourtant ici corrélés avec la détresse psychologique. Dans cette recherche utilisant les 14 échelles du Brief Cope, les 14 dimensions de coping ne sont jamais négativement corrélées à la détresse. Soit il n'y a pas de corrélation entre le coping et la détresse, soit le coping s'associe à la détresse. Toujours dans le cancer du sein, on retrouve exactement le même pattern de résultats au diagnostic, mais aussi à 3 et 6 mois du diagnostic (Epping-Jordan et al., 1999). A 6 mois du diagnostic, la ventilation des émotions et le coping par soutien social s'accompagnent même de symptômes anxieux et dépressifs (Epping-Jordan et al., 1999). Il s'avère aussi que la recherche de soutien social à court terme d'un cancer du sein ne montre de lien, ni avec la détresse émotionnelle, ni avec les symptômes post-traumatiques d'évitement et d'intrusion, évalués ultérieurement, à 6

ans du diagnostic (Lebel et al., 2008). Transversalement, à en moyenne 6 ans du diagnostic du SIDA (SD=4 ans), en régressions hiérarchiques incluant diverses variables médicales et psychologiques en premières étapes, le coping centré sur le problème prédit, certes, moins de dépression, mais n'est lié ni à la détresse globale, ni à l'ajustement à la maladie (Pakenham & Rinaldis, 2001).

Ces études suggèrent ainsi qu'à certains moments précis, en l'occurrence ici, à proximité du diagnostic, aucune forme de coping ne s'accompagne d'une diminution de la détresse (Epping-Jordan et al., 1999 ; McCaul et al., 1999 ; Osowiecki & Compas, 1999 ; Schou et al., 2006 ; Stanton & Snider, 1993). Au contraire, à proximité du diagnostic, toute forme de coping semble plutôt s'associer à une certaine détresse chez ces femmes. En revanche, à quelques jours du diagnostic d'un cancer du sein, la proportion de coping centré sur le problème (restructuration cognitive + résolution du problème) utilisée par rapport à toutes autres formes de coping, diminue bien la détresse dans des analyses par régressions (Osowiecki & Compas, 1999). Ainsi, plus que l'étude des copings les uns indépendamment des autres, les proportions de certaines stratégies par rapport à d'autres semblent tout à fait instructives.

Si la fonction salutogène et la signification du coping pourraient donc dépendre des phases de la maladie (Heim et al., 1997 ; Krohne, 1996), elles pourraient également dépendre des circonstances. Ainsi, chez des femmes en mauvaise santé avant le diagnostic de leur cancer du sein, un coping centré sur le problème évalué après le diagnostic prédit une mauvaise qualité de vie deux ans plus tard (Cousson-Gélie, 2000). Chez ces femmes, la fonction habituellement salutogène du coping centré sur le problème ne semble plus opérationnelle, voire peut-être même négative. De même, on peut penser que la recherche de soutien social est un coping salutogène uniquement si l'environnement du sujet malade est réceptif et à l'écoute. A ce titre, il a d'ailleurs été montré qu'après un cancer du sein, le coping d'expression émotionnelle des femmes interagit avec la réceptivité de l'entourage (Stanton et al., 2000). Ainsi chez les femmes qui peuvent compter sur des proches pour se confier et parler librement de leur cancer avec une écoute attentive en face, l'expression émotionnelle prédit une augmentation de la qualité de vie, tandis que chez les femmes à l'entourage peu réceptif, l'expression émotionnelle ne montre plus de lien avec la qualité de vie (Stanton et al., 2000).

2.2.1.3. Coping et issues positives.

Enfin, longitudinalement, certaines recherches ne trouvent pas de lien entre coping d'approche et détresse psychologique (issues négatives), mais en constatent cependant entre coping d'approche et issues positives (Echteld et al., 2003 ; Hack & Degner, 2004 ; McCaul et al., 1999). Ainsi, un coping d'approche évalué avant une angioplastie coronarienne prédit bien l'affectivité positive (version état) 3 mois plus tard, mais non l'affectivité négative (Echteld et al., 2003). Même résultat sur le cancer du sein, où un coping actif au diagnostic, cognitif ou comportemental, est corrélé avec la vitalité 4 mois plus tard, mais avec aucune des issues négatives prises en compte, à savoir l'anxiété, la dépression, la fatigue et l'affectivité négative (McCaul et al., 1999). De la même façon, avec contrôle des variables sociodémographiques et médicales, un coping centré sur le problème à 6 mois du diagnostic prédit bien 3 ans plus tard l'affectivité positive et la vitalité, mais aucune des issues négatives citées ci-dessus (Hack & Degner, 2004).

Des études longitudinales montrent également qu'un coping d'approche prédit l'ajustement ultérieur au cancer (Grassi & Rosti, 1996 ; Sears et al., 2003 ; Stanton et al., 2002). Un coping de réévaluation positive après les traitements prédit plus d'affectivité positive et une meilleure santé perçue 3 et 12 mois plus tard (Sears et al., 2003). De plus, la réévaluation positive interagit avec l'affectivité positive pour prédire l'affectivité ultérieure. Ainsi, chez les personnes à haute affectivité positive après les traitements, la réévaluation positive n'augmente pas l'affectivité positive ultérieure, suggérant un effet plafond. Au contraire, chez les personnes à affectivité positive faible ou modérée à la base, la réévaluation positive augmente bien leur affectivité positive ultérieure (Sears et al., 2003). L'acceptation active de la situation au diagnostic d'un cancer du sein prédit l'ajustement à la maladie un an plus tard, avec moins de détresse psychologique (Carver et al., 1993 ; Stanton et al., 2002), de peur d'une récidive, et plus d'énergie (Stanton et al., 2002). Sur différents cancers, un coping actif et de recherche de soutien social au diagnostic prédit un sentiment général d'harmonie et de paix deux ans plus tard (Jim et al., 2006). De même, l'esprit combatif au diagnostic est aussi positivement corrélé 6 ans plus tard à l'ajustement à la maladie, et négativement au stress psychologique mesuré 6 ans plus tard également (Grassi & Rosti, 1996). Une étude ayant suivi des femmes sur 15 ans montre même que l'esprit combatif prédirait l'évolution médicale favorable des cancers du sein aux stades précoces et non invasifs (Greer, 1991). Pourtant, là encore, la prudence est de mise. D'ailleurs, une revue exhaustive de la littérature sur le lien entre variables psychologiques et évolutions médicales des cancers, montre qu'à l'heure actuelle, aucune conclusion scientifique n'est possible (Santiago, 2007). En outre, une

étude contrôlant les variables sociodémographiques et médicales, et incluant en régressions diverses variables psychologiques, montre qu'un coping positif centré sur le problème à 3, 7, 11 et 15 mois du diagnostic de cancer du sein, prédit une augmentation de la détresse émotionnelle évaluée à 6 ans du diagnostic, et ce, avec contrôle du niveau initial de détresse émotionnelle (Lebel et al., 2008).

2.2.1.4. Conclusion

En conclusion, dans les situations cancéreuses, et spécifiquement à propos du cancer du sein, on peut retenir l'association généralement positive, transversalement et surtout longitudinalement, des copings d'approche et centrés sur le problème avec la qualité de vie et l'adaptation à la maladie. Néanmoins, dans certains cas, et notamment à proximité du diagnostic, les copings d'approche sont positivement liés à la détresse psychologique (McCaul et al., 1999 ; Schou et al., 2006 ; Stanton & Snider, 1993). Ainsi, à proximité du diagnostic, le coping d'approche semble plutôt révélateur d'une certaine détresse et peu salutogène par rapport à celle-ci, tandis qu'ultérieurement, il peut s'associer finalement au bien-être et à une diminution de la détresse. On gardera également à l'esprit qu'un coping positif centré sur le problème à court terme peut même s'avérer prédicteur de détresse émotionnelle à long terme (Lebel et al, 2008).

En tout cas, comme le rappellent Fisher et Tarquinio (2006, p. 125), "*l'efficacité du coping n'a donc aucun caractère automatique ; elle doit être appréciée en fonction d'une multiplicité de critères qui le rendent fonctionnel dans un cas et pas nécessairement dans d'autres*".

2.2.2. Coping d'évitement, centré sur l'émotion, et qualité de vie.

Dans un premier temps, on se centrera sur les études faisant plutôt référence au coping à un niveau macroanalytique, avant de s'intéresser à quelques copings spécifiques d'évitement ou centrés sur l'émotion, qui méritent quelques précisions.

2.2.2.1. Approche globale

Avec contrôle des variables démographiques, de personnalité, de stress perçu, et différentes formes de coping, un coping évitant cognitif avant une biopsie est transversalement associé à la détresse psychologique et à moins d'affects positifs, tandis qu'un coping évitant comportemental est lié à la détresse mais non aux affects positifs (Stanton & Snider, 1993). Evalué cette fois après le diagnostic d'un cancer du sein, l'évitement

s'accompagne encore transversalement d'une baisse de la vitalité, de la qualité de vie physique, mentale et sociale (McCaul et al., 1999), et augmente la détresse émotionnelle (Carver et al., 1993 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; McCaul et al., 1999). L'évitement comportemental est corrélé avec la détresse émotionnelle, que ce soit avant ou après l'opération, à 3, 6 ou 12 mois de cette dernière (Carver et al., 1993). Le retrait social et l'auto-critique s'accompagnent également d'anxiété et de dépression à court terme d'un cancer du sein (Epping-Jordan et al., 1999).

Les études longitudinales semblent confirmer les précédentes. En régressions multiples, le coping évitant cognitif avant biopsie prédit plus de détresse et moins d'affects positifs après le diagnostic, ainsi qu'après l'opération du sein, tandis que le coping évitant comportemental n'est pas lié à ces issues (Stanton & Snider, 1993). Le coping évitant au diagnostic reste corrélé à la détresse évaluée 4 mois plus tard, tandis qu'il perd tout lien longitudinal avec les issues positives (qualité de vie et vitalité ; McCaul et al., 1999). De plus, en contrôlant le niveau de détresse initial, l'évitement comportemental et le déni à 3 mois du diagnostic prédisent la détresse 3 mois plus tard, donc à 6 mois du diagnostic (Carver et al. 1993). Dans une étude sur des problèmes coronariens, le coping évitant avant l'angioplastie prédit pourtant autant les issues positives que négatives évaluées à 3 mois de l'angioplastie (Echteld et al., 2003). C'est également le cas dans une étude longitudinale à plus long terme sur le cancer du sein (Hack & Degner, 2004). En régressions simultanées contrôlant les variables sociodémographiques, médicales et d'ajustement de départ, un coping de résignation à 6 mois du diagnostic prédit un mauvais ajustement physique et mental trois ans plus tard (dépression, fatigue, détresse émotionnelle générale, affectivité positive diminuée ; Hack & Degner, 2004). Pourtant, dans une autre étude contrôlant également toutes les variables nécessaires, un coping d'évitement à court terme du diagnostic ne montre pas, en régressions multiples, de lien avec la détresse émotionnelle ultérieure, évaluée à 6 ans du diagnostic (Lebel et al., 2008). En revanche, cette recherche montre qu'un coping évitant à 11 mois du diagnostic prédit une augmentation des symptômes post-traumatiques d'évitement et d'intrusion à 6 ans du diagnostic.

Finalement, quels que soient les protocoles de recherches, à proximité du diagnostic, un coping évitant s'accompagne de détresse émotionnelle, et parfois aussi d'une diminution de qualité de vie ou d'affectivité positive (Echteld et al., 2003 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Hack & Degner, 2004 ; McCaul et al., 1999 ; Stanton & Snider, 1993).

Sur le long terme, Heim et al. (1997), ayant suivi des femmes sur plusieurs années après leur diagnostic, montrent qu'à toutes les étapes de la maladie (hospitalisation pour opération, chimiothérapie, rémission), un coping négatif émotionnel (regroupant résignation, rumination, colère, auto accusation et retrait social) s'accompagne de détresse et d'une mauvaise adaptation psychosociale. Sur la même période de temps et toujours transversalement, on trouve aussi une association en régressions multiples entre coping évitant et détresse émotionnelle (Dunkel-Schetter et al., 1992). Amir et Ramati (2002) confirment d'une autre façon ces résultats sur le long terme. A plus de 5 ans d'un cancer du sein, la minorité de femmes présentant un syndrome de stress post-traumatique en rapport avec leur cancer, se caractérise par rapport à la majorité n'ayant pas le syndrome, par un style de coping évitant, et notamment par de l'auto-critique. De plus, en régressions hiérarchiques, le coping évitant explique 13% de variance supplémentaire de l'hypervigilance (un des symptômes du stress post-traumatique), au-delà de la variance expliquée par les variables médicales (Amir & Ramati, 2002).

Enfin, certaines stratégies d'évitement pourraient même influencer l'évolution médicale de certains cancers. Il est désormais établi que l'impuissance/désespoir prédit une évolution médicale défavorable du cancer du sein (Cousson-Gélie, 2001). Sous certaines conditions médicales, tumeur non évolutive aux stades 0 ou I, il apparaît en effet que le coping est un prédicteur significatif de l'issue médicale des cancers du sein suivis sur 15 ans (récidive ou non ; mort du cancer ou d'autres causes ; Greer, 1991).

Finalement, à court comme à long terme après le cancer, les stratégies d'évitement semblent délétères pour l'ajustement, et les plus radicales d'entre elles (impuissance/désespoir) pourraient même influencer négativement l'évolution médicale de la maladie.

2.2.2.2. Nuances sur les stratégies d'évitement : quelques exemples

Bien qu'étant classés comme des copings d'évitement, certains copings se différencient pourtant d'un véritable évitement comme le déni total ou le désengagement, et peuvent diminuer la détresse émotionnelle dans certaines circonstances. Il s'agit entre autres de la distanciation (à travers la religion, l'humour, etc.) et de la minimisation de la menace, que nous aborderons dans cet ordre. Ces derniers copings ont la caractéristique fondamentale d'être conscients (s'efforcer volontairement de ne pas penser à la situation, ou d'en faire de l'humour), par rapport au véritable déni, par exemple, qui est totalement inconscient et

entraîne une sorte de rupture avec la réalité (Razavi et al., 2002). C'est sans doute par leur caractère conscient et volontaire que ces stratégies d'évitement sont à différencier d'autres évitements nuisibles à la santé.

A très court terme d'un diagnostic de cancer du sein (de la biopsie à l'opération), la distanciation n'est certes pas liée à l'ajustement (Stanton & Snider, 1993), mais le devient transversalement lors de la chimiothérapie (Heim et al., 1997), et sur une étendue plus longue allant jusqu'à des années du diagnostic (Dunkel-Schetter, 1992). A moins de 5 ans d'un cancer, la distanciation diminue la perception des changements négatifs liés à la maladie (Collins et al., 1990). A court terme d'un cancer, le coping religieux ou spirituel s'accompagne de bien-être psychologique, bien que n'étant pas corrélé avec la détresse émotionnelle (Ell et al., 1989). Il faut dire qu'il interagit avec une caractéristique stable de personnalité, celle d'être motivée par la poursuite d'objectifs et d'avoir la capacité à générer des plans pour les atteindre (Stanton et al., 2002). Les personnes présentant cette caractéristique voient leur coping religieux ou spirituel inefficace pour diminuer leur détresse, tandis que chez celles qui ne sont pas orientées vers des objectifs, le même coping devient salutogène (Stanton et al., 2002). Un coping religieux et/ou spirituel peut donc aider à faire face au cancer. Une recherche américaine sur des personnes à plus de 5 ans d'un cancer montre d'ailleurs que 67.8% de l'échantillon utilise fréquemment la religion/spiritualité comme coping, et juge cette façon de faire face comme très efficace (Halstead & Fernsler, 1994). En outre, dans des échantillons cancéreux comme non cancéreux, plusieurs recherches mettent en évidence un lien positif entre spiritualité et qualité de vie (Brady et al., 1999 ; Cotton et al., 1999 ; Sawatsky et al., 2005), suggérant un effet possible salutogène indirect des copings spirituels.

L'humour peut également être une stratégie de coping intéressante. Les personnes ayant beaucoup d'humour répondent non seulement aux événements de vie positifs avec plus d'affectivité positive que les autres, mais en plus maintiennent leur niveau d'affectivité positive lors d'événements de vie négatifs, là où les personnes ayant peu d'humour la voient fortement chuter (Kuiper, Martin & Dance, 1992). Lors du cancer du sein, parmi les 12 stratégies du COPE, l'utilisation de l'humour à 3 mois du diagnostic fait d'ailleurs partie des trois seuls copings prédictifs d'une diminution de la détresse évaluée 3 mois plus tard (Carver et al., 1993). L'utilisation fréquente de l'humour comme forme de coping aurait même des corrélats biologiques, tels que les taux de base de certains anticorps (Salovey et al., 2000).

Minimiser la menace représentée par le cancer est aussi une façon judicieuse de faire face. En accord avec le fait que la menace perçue liée au cancer diminue la qualité de vie, tout coping réduisant la menace perçue devrait s'avérer efficace au regard de la qualité de vie. C'est effectivement le cas (Burgess et al., 1988 ; Orr & Meyer, 1990). Une analyse factorielle en composante principale révèle l'association dans un même facteur des stratégies de minimisation face au cancer (faire de l'humour, essayer de prendre du recul sur le cancer, de ne pas considérer les aspects négatifs de la situation, etc.) et des stratégies de coping actif (Burgess et al., 1988). Cette étude montre ainsi que, contrairement au véritable déni, la minimisation s'accompagne d'un coping actif et non de renoncement. La même analyse montre encore que le manque de stratégies de minimisation va de pair avec l'anxiété et la dépression (Ibid). Ces résultats se confirment sur le cancer du sein, et avec l'utilisation judicieuse d'une population contrôle (Orr & Meyer, 1990). Les femmes cancéreuses jugent la maladie cancer moins grave que celles n'en souffrant pas, et font une évaluation plus optimiste du cancer à 4 mois qu'à 13 mois du diagnostic. Tout se passe donc comme si la menace réelle (avoir le cancer, être proche du diagnostic) entraînait une compensation par minimisation de la menace perçue. Or cette minimisation évaluée à 4 mois prédit bien l'ajustement ultérieur à 13 mois (Orr & Meyer, 1990).

Une autre forme de minimisation se trouve dans les copings de comparaison sociale par le bas. En s'estimant finalement en meilleure santé que leurs pairs, les personnes âgées préservent leur moral (régressions pas à pas avec contrôle des variables démographiques, médicales, et de santé perçue ; Efklides et al., 2003). De la même façon, les 77% de patients cancéreux estimant mieux faire face à la maladie que leurs pairs, voient leur estime de soi et ajustement augmenter (Jenkins & Pargament, 1988).

En conclusion, on retiendra que sous certaines conditions, certaines stratégies d'évitement sont salutogènes pour la qualité de vie et l'ajustement au cancer. La religion, l'humour, la minimisation de la menace, une certaine forme de déni des aspects négatifs, et une comparaison sociale par le bas en sont quelques illustrations.

2.3. Coping et développement post-traumatique

2.3.1. Approche globale

Transversalement et à court terme d'un cancer du sein, la réinterprétation positive, le coping religieux, l'acceptation et un coping actif sont liés positivement au développement (Lechner et al., 2006 ; Urcuyo et al., 2005). Cependant, parmi les 14 dimensions du Brief COPE, seules celles venant d'être citées sont associées au développement après le cancer du sein (Urcuyo et al., 2005), comme après divers événements (Park et al., 1996). Mêmes résultats après divers événements dans la recherche d'Armeli et al. (2001), mais où en plus des copings cités précédemment, l'expression émotionnelle et la recherche de soutien social sont aussi associées au développement. La réinterprétation positive semble particulièrement efficace à prédire des changements positifs. Transversalement, et dans un modèle en équations structurales, elle explique fortement le développement d'une nouvelle façon de voir la vie à plus de 5 ans d'un cancer du sein (Porter et al., 2006). Evaluée après les traitements, elle prédit aussi le développement ultérieur un an après la première mesure (Sears et al., 2003), comme 5 à 8 ans après (Lechner et al., 2006). Les copings religieux et d'acceptation après traitements permettront aussi de différencier les femmes qui, 5 à 8 ans plus tard, trouveront beaucoup de bénéfices à avoir été malades, par rapport à celles qui ne trouveront l'expérience que modérément bénéfique (Lechner et al., 2006). De façon plus générale, de 1 à 8 ans de l'opération d'un cancer du sein, en analyses multivariées, à l'exception du coping optimiste, les copings adaptatifs et centrés sur le problème s'avèrent prédicteurs du développement post-traumatique, tandis que les copings non adaptatifs (ainsi que le coping optimiste) ne sont pas liés à l'issue (Bellizzi et Blank, 2006 ; Karanci & Erkam, 2007). De plus, le coping étant introduit en dernière étape dans les régressions, il ajoute cependant un pourcentage de variance allant de 11,4 à 14,9% selon les dimensions ou mesures du développement, au-delà de la variance déjà expliquée par les facteurs sociodémographiques, médicaux et de personnalité (Bellizzi et Blank, 2006 ; Karanci & Erkam, 2007).

Sur des recherches à court terme de divers cancers, on trouve les mêmes résultats que sur le cancer du sein, à savoir que des copings d'approche, tels que la réinterprétation positive, la recherche de résolution du problème, et l'acceptation, sont liés au développement, transversalement comme longitudinalement (Collins et al., 1990 ; Jim et al., 2006 ; Luszczynska et al., 2005 ; Schulz & Mohamed, 2004 ; Widows et al., 2005).

Différentes formes de coping peuvent impacter différentes formes de développement. Luszczynska et al. (2005) ayant différencié des stratégies assimilatives (coping actif, de

planification, centré sur le problème) et accommodatives (plutôt centrées sur l'émotion et qui visent à s'ajuster à la situation telle qu'elle est), montrent longitudinalement que le coping accommodatif prédit une plus grande acceptation de la vie, tandis qu'un coping assimilatif prédit le développement personnel et une sensibilité accrue aux autres (Luszczynska et al., 2005). L'effort cognitif pour penser et repenser la situation (*cognitive rehearsal*) après un cancer aurait aussi tendance à prédire longitudinalement le développement à court terme (Salsman et al., 2008), suggérant là encore l'effet d'un coping d'approche sur le développement. Des résultats similaires ont été trouvés dans d'autres populations se référant à toutes sortes d'événements (Park & Fenster, 2004 ; Zoellner & Maercker, 2006), suggérant qu'un effort cognitif de traitement de l'événement serait propice au développement.

Sur des maladies chroniques et avec contrôle d'autres variables psychologiques, le coping centré sur le problème s'accompagne de développement (Dirik & Karanci, 2008 ; Sheikh, 2004), et le coping centré sur l'émotion est positivement corrélé avec le PTG (Sheikh, 2004). A long terme d'un cancer et dans les maladies chroniques, un coping positif est positivement lié au développement en régressions multiples, tandis que l'évitement cognitif ne montre aucune corrélation avec le développement (Evers et al., 2001 ; Ho et al., 2004). Pourtant, une autre étude sur la polyarthrite rhumatoïde ne trouve pas de lien entre coping positif optimiste et développement (Dirik & Karanci, 2008). Le coping négatif de préoccupations anxieuses et d'impuissance-désespoir n'est pas lié au développement relationnel post-cancéreux (se rapprocher des autres, mieux les comprendre, etc. ; Ho et al., 2004), ni au développement général lors d'une maladie chronique (Dirik & Karanci, 2008), ou après toutes sortes d'événements (Kesimci et al., 2005).

Enfin, tout comme c'est le cas à court terme d'un cancer, sur une étendue plus longue (à en moyenne 4 ans du diagnostic, avec un écart-type de 41 mois), parmi les 14 dimensions du coping au Brief COPE, en régressions multiples, seuls la recherche de soutien instrumental, la réinterprétation positive et l'humour prédisent positivement le PTG au PTGI, les 11 autres dimensions du Brief COPE n'étant pas liées à la variable dépendante (Schroevers & Teo, 2008).

2.3.2. Nuances et remarques sur les copings d'approche et évitant

En dépit du constat général de l'impact positif des copings d'approche, après un cancer, on ne note pas d'association entre recherche de soutien social (Schroevers & Teo, 2008 ; Urcuyo et al., 2005 ; Widows et al., 2005), analyse logique de la situation (Widows et al.,

2005), coping actif (Schroevers & Teo, 2008), et planification (Schroevers & Teo, 2008 ; Urcuyo et al., 2005) d'une part, et développement d'autre part. De façon encore plus étonnante, dans une population étudiante se référant à l'événement le plus douloureux de l'année passée, la réinterprétation positive et l'acceptation ne sont pas liées au développement (Park & Fenster, 2004).

Inversement, certains copings non centrés sur le problème peuvent prédire positivement le développement, qu'il s'agisse de la recherche de récompenses alternatives (Widows et al., 2005), de la décharge émotionnelle (Park & Fenster, 2004 ; Widows et al., 2005) ou de la comparaison sociale par le bas (Schulz & Mohamed, 2004). A moins de 5 ans d'un cancer, les copings évitant et centrés sur l'émotion, sont positivement corrélés au développement selon certains auteurs (Collins et al., 1990), bien que non liés à l'issue selon d'autres (Urcuyo et al., 2005 ; Widows et al., 2005). A plus de 5 ans, l'évitement cognitif n'est pas lié au PTG (Ho et al., 2004). A court terme de divers événements stressants, bien que le lien soit modéré, déni, désengagement et coping religieux sont significativement et positivement associés au développement (Park & Fenster, 2004). L'acceptation fataliste s'accompagne aussi de développement après divers événements stressants dans une population universitaire (Kesimici et al., 2005), mais non après la maladie dans une population cancéreuse (Widows et al., 2005).

Enfin, on remarquera que, dans presque toutes les études citées précédemment, aucune forme de coping n'est liée négativement au développement. Soit il n'a pas de lien, soit il est positif. A court terme d'un cancer du sein, seule la prise de substances (alcool, drogues, etc.) s'avère négativement liée au fait de trouver des bénéfices (Urcuyo et al., 2005) ; à long terme de toutes sortes de cancers, seul un coping négatif de préoccupations anxieuses et d'impuissance-désespoir est négativement lié au PTGI, mais uniquement sur certaines dimensions (appréciation de la vie, nouveaux intérêts et activités, spiritualité ; Ho et al., 2004).

2.3.3. Conclusion

On peut retenir trois points des données sur coping et développement :

1. Comme le concluent la méta-analyse d'Helgeson et al. (2006) et deux revues de question (Linley & Joseph; 2004 ; Zoellner & Maercker, 2006), la réinterprétation positive et l'acceptation semblent les copings les plus souvent et fortement associés au développement.

2. Malgré la prédominance de certaines formes de coping en lien avec le développement, et notamment des copings d'approche, presque tout coping, qu'il soit d'approche ou d'évitement, est susceptible d'être, selon la nature des circonstances et de la personne, positivement associé au développement, en particulier à court terme d'un événement stressant. La méta-analyse d'Helgeson et al. (2006) conclut par exemple à un lien positif entre déni et développement, bien que la taille de l'effet soit modeste. En revanche, il est extrêmement rare de constater une corrélation négative entre coping et développement.
3. La recherche sur le lien entre coping et développement pourrait s'améliorer sur certains points. On peut déjà regretter que la plupart des études soit réalisée à partir d'un score global de développement, car l'impact du coping semble plus fort sur certains aspects du développement (changements sur soi et relationnels), que sur d'autres (appréciation de la vie, vivre plus fort l'instant présent, révision de ses priorités ; Collins et al., 1990). En outre, certaines formes de coping ont peut-être un effet sur certaines dimensions mais non sur d'autres. Enfin, on pourrait aussi s'intéresser aux conditions sous lesquelles certaines formes de coping sont efficaces, et multiplier les recherches prenant en compte des interactions entre coping et autres facteurs. Par exemple, partant du constat que les personnes les plus âgées ont un coping moins actif et plus centré sur l'émotion (Blank & Bellizzi, 2008), il pourrait être utile de considérer l'interaction de l'âge avec le coping. De même, les stratégies de copings sont sans doute différemment efficaces selon la plus ou moins grande contrôlabilité de l’événement douloureux, ainsi que selon le degré d'internalité du sujet. Dans la littérature actuelle, de telles interactions sont pourtant rarement prises en compte. Enfin, pour un dernier exemple, plus que de s’intéresser à l’efficacité de telle ou telle forme de coping à promouvoir des changements positifs, il pourrait être intéressant de prendre en compte l’ensemble des copings utilisés par une personne. Collins et al. (1990) ont remarqué à ce titre que les personnes utilisant une stratégie de coping de façon dominante rapportent moins de changements positifs que celles qui utilisent de multiples formes de coping. L’idée d’avoir une vue d’ensemble des stratégies utilisées semble donc prometteuse.

3. Soutien social, qualité de vie et développement post-traumatique.

3.1. Définition du soutien social

Le soutien social peut être appréhendé en 3 notions, le réseau social pour l'aspect structurel, le soutien social reçu et perçu pour l'aspect fonctionnel (Bruchon-Schweitzer, 2002). Ce qu'on appelle "soutien social" sans plus de précision renvoie très souvent aux aspects fonctionnels du soutien.

Le réseau social fait référence à des indices structurels sur le réseau, tels que le nombre de relations qu'entretient un sujet avec des personnes proches ou éloignées, la fréquence de ces relations, ou encore les différents rôles de vie (étudiant, professionnel, parent, sportif, etc., Helgeson, 2003). L'étendue et l'intensité d'un réseau social renseignent sur l'isolement ou au contraire l'intégration sociale d'un sujet. Le soutien social reçu correspond à l'aide objective reçue par un sujet de la part des autres. Il peut s'agir d'un soutien émotionnel où le sujet reçoit l'expression d'affection de la part de l'autre, d'un soutien d'estime qui vise à redonner confiance à la personne, d'un soutien informatif où l'entourage délivre conseils et informations, ou d'un soutien matériel d'aides pratiques et matérielles (prêter une voiture, faire les courses de quelqu'un, etc.). Enfin, le soutien social perçu correspond à l'évaluation subjective faite par l'individu du soutien social reçu. Le soutien social perçu répond à la question de savoir si le sujet en difficulté est satisfait du soutien reçu par son entourage en quantité comme en qualité.

Pour être efficace, le type de soutien social fourni (émotionnel, matériel, etc.) doit être en adéquation avec la nature du stresseur (contrôlable ou non), la source de soutien (médicale, familiale, etc.), et le moment d'intervention (en phase aiguë de stress ou après ; Helgeson, 2003). Pour donner quelques exemples, lors d'un événement incontrôlable, le soutien émotionnel est le plus bénéfique ; le soutien informationnel est plus efficace de la part de spécialistes que de la part d'amis où il peut s'avérer agaçant ; dans la phase aigue du stress, le soutien émotionnel est le plus réconfortant, tandis qu'ultérieurement les soutiens d'estime, informationnels et matériels sont les plus efficaces pour aider le sujet à faire face (Ibid).

3.2. Soutien social et qualité de vie

3.2.1. A court et moyen terme d'un cancer du sein

Transversalement et à court terme, avec contrôle des variables sociodémographiques et médicales, ainsi que de l'optimisme, la satisfaction du soutien social est bien liée à la qualité de vie sociale et familiale, mais non à la qualité de vie émotionnelle, fonctionnelle, ni aux symptômes de stress post-traumatique (intrusion et évitement, mesurés par l'Impact of Event Scale ; Friedman et al., 2006). Inversement, d'autres études montrent qu'à court et moyen terme, les femmes souffrant d'un manque de soutien social ou d'une contrainte sociale vis-à-vis de leur maladie (c'est-à-dire ne pas pouvoir s'exprimer librement sur le cancer auprès de proches avec un accueil attentif et chaleureux) présentent des symptômes de stress post-traumatique, les variables sociodémographiques et médicales étant contrôlées (Cordova et al., 2007 ; Mehnert & Koch, 2008). La revue de question de Blanchard et al. (1995) sur divers cancers montre, dans le même sens, que les patients qui peuvent confier leurs inquiétudes à des proches, se portent mieux que les autres. De plus et logiquement, l'efficacité d'un coping d'expression émotionnelle dépend de la réceptivité de l'entourage des femmes cancéreuses (Stanton et al., 2000). En effet, chez des femmes dont l'entourage n'est pas réceptif, le coping d'expression émotionnelle n'agit pas sur la qualité de vie, tandis que chez les femmes au réseau réceptif, l'expression émotionnelle augmente la qualité de vie (Stanton et al., 2000).

Longitudinalement, toutes choses étant égales par ailleurs, le soutien social à 15 mois du diagnostic ne prédit pas les symptômes post-traumatiques à 6 ans du diagnostic, mais prédit en revanche la détresse émotionnelle générale ultérieure (Lebel et al., 2008). De même, des analyses en croissances latentes révèlent que le soutien social fait partie des variables qui différencient l'évolution des trajectoires de qualité de vie mentale (au SF-36) de femmes ayant été suivies pendant 4 ans après leur diagnostic (Helgeson et al., 2004). Celles qui manquent de soutien social voient leur qualité de vie mentale diminuer fortement au cours du temps, tandis que les autres la voit plutôt augmenter (Ibid). De plus, par un effet tampon, le soutien social atténue l'impact du stress lié au cancer du sein sur la qualité de vie (Lewis et al., 2001). Ainsi, chez les femmes faiblement soutenues, les pensées intrusives liées à la maladie sont négativement corrélées à la qualité de vie, tandis que chez celles à haut niveau de soutien social, les pensées intrusives ne sont plus corrélées à la qualité de vie (Ibid).

A côté du soutien social, on peut s'intéresser à l'étendue du réseau social (mesurée par le nombre de proches et de personnes plus extérieures au malade telles que collègues, amis d'associations ou d'activités sportives, etc., ainsi que la fréquence des contacts avec eux). L'étendue du réseau social est corrélée à la qualité de vie physique et mentale chez des

femmes à moins de 6 ans du diagnostic (Michael et al., 2002). Mais en contrôlant la qualité de vie avant le cancer, l'association entre l'étendue du réseau social et la qualité de vie reste significative pour les dimensions physiques mais non pour la santé mentale au SF-36 (Michael et al., 2002). Autrement dit, l'étendue du réseau social est liée aux dimensions physiques (dont la vitalité), mais non à la santé mentale.

La prise en compte de la nature du soutien attendu par les femmes à court terme de leur cancer mérite également attention. Une analyse en clusters révèle 4 groupes de femmes par rapport au soutien social attendu (Reynolds & Perrin, 2004) : celles qui souhaitent avant tout des informations factuelles et conseils, celles qui veulent surtout de la réassurance (qu'on leur dise que tout va bien se passer et redevenir comme avant), celles qui attendent plutôt que l'on se comporte avec elles comme si de rien n'était, et celles qui souhaitent être écoutées mais non conseillées. Or, en régressions hiérarchiques, la congruence du soutien social avec les attentes des femmes (type de soutien attendu et reçu d'une part + type de soutien non voulu mais reçu tout de même d'autre part) ajoute 12.2% de variance à celle déjà expliquée par la satisfaction du soutien social entrée dans l'étape 1 de la régression, pour expliquer l'adaptation psychosociale au cancer (Reynolds & Perrin, 2004). Autrement dit, si la disponibilité d'un soutien social est importante, la congruence entre la nature du soutien attendu et reçu l'est également (Helgeson, 2003 ; Reynolds & Perrin, 2004). A titre d'exemple, le soutien qui consiste à inviter la personne à l'optimisme est souvent mal pris par les sujets dans la période de crise (lors du diagnostic et des traitements dans le cas du cancer). En effet, dans la période aigue de stress, les sujets ne sont pas toujours aptes à l'optimisme, et cette invitation à voir les choses positivement est souvent prise comme une minimisation de la souffrance vécue, et s'avère contre-productive (Helgeson, 2003). Les données de Perkins et al. (2007) confirment l'importance de la satisfaction du soutien reçu par rapport à la quantité reçue de soutien. Chez des femmes de plus de 70 ans, à au moins un an du diagnostic, la quantité de soutien social reçu n'est liée ni à la satisfaction de la vie, ni à la santé perçue, ni à la dépression, tandis que la satisfaction du soutien social reçu diminue la dépression en analyses multivariées incluant nombre de variables sociodémographiques, médicales et psychologiques (Perkins et al., 2007). En revanche, la satisfaction du soutien reçu n'est significativement liée en régressions ni avec la satisfaction de la vie, ni avec la santé perçue (Ibid). Pour compléter ces données, notons aussi que les personnes ayant, ou ayant eu, le cancer attendent différents soutiens selon le type d'interlocuteurs (Blanchard et al., 1995 ; Helgeson, 2003). Les patients attendent des médecins un soutien informationnel, qu'ils ne souhaitent pas venant de famille ou d'amis, ces

derniers étant appréciés pour leur soutien d'estime et émotionnel (Ibid). En revanche, de tous, ils attendent de l'empathie (Ibid).

Au vu de ces études, on peut conclure à l'importance du soutien social par rapport à la qualité de vie mentale après un cancer du sein, voire selon les auteurs, par rapport à la détresse spécifiquement liée au cancer. Il n'existe en revanche guère de données sur le lien entre soutien perçu et qualité de vie physique à long terme du cancer. L'étude de Perkins et al. (2007) indique cependant une relation non significative entre la satisfaction du soutien reçu et la santé perçue. En outre, chez des femmes au cancer peu avancé, le soutien social jouerait même un rôle dans l'évolution médicale de la maladie (Cousson-Gélie, 2001 ; Ell et al., 1992).

3.2.2. A long terme d'un cancer du sein

A plus de 5 ans du diagnostic, en régressions multiples incluant des variables sociodémographiques, médicales et psychologiques, le soutien social est lié à la santé perçue au SF-36 (Ganz et al., 2002) et à la qualité de vie globale évaluée sur une échelle de 0 à 10 (Ganz et al., 2002 ; Paskett et al., 2008). Deux revues de question concluent d'ailleurs sur l'importance du soutien social comme prédicteur de la qualité de vie à long terme après un cancer du sein (Bloom et al., 2007 ; Mols et al., 2005), à la nuance près que dans le travail de Bloom et al. (2007), le soutien social améliore principalement les domaines psychologiques de la qualité de vie. Spécifiquement, une analyse en équations structurales atteste que le soutien social prédit aussi moins d'inquiétudes concernant le cancer (peur de l'avenir et d'une récidive ; Porter et al., 2006).

3.2.3. Soutien social et divers cancers ou pathologies

A 6 mois de divers cancers, avec contrôle des variables socioéconomiques et des symptômes physiques, le soutien social (à la fois dans la participation à un réseau étendu et dans la qualité du soutien reçu par les proches) est lié à moins de détresse psychologique, à une meilleure santé mentale et plus de bien-être, ainsi qu'au fait de continuer ses activités habituelles malgré la maladie (Ell et al., 1989). Spécifiquement, le manque de soutien social affectif et moral, qu'il provienne de la famille, des amis, et dans une moindre mesure du corps médical, favorise la détresse psychologique (Cayrou & Dickes, 2008 ; Grassi et al., 1997). En revanche, le soutien instrumental ne joue guère sur la détresse (Cayrou & Dickes, 2008). En ce qui concerne la qualité de vie à deux ans du cancer, on note le même pattern de résultats.

Quel que soit l'âge, le soutien affectif et moral augmente la qualité de vie mentale au SF-36, tandis qu'il ne joue pas sur la qualité de vie physique, sauf chez les femmes de moins de 50 ans chez qui il améliore la qualité de vie physique (Le Corroller-Soriano et al., 2008). De plus, quel que soit l'âge, le soutien matériel n'est aucunement lié à la qualité de vie, physique ou mentale (Ibid).

Longitudinalement, avec contrôle des mesures initiales, le soutien social évalué à proximité du diagnostic d'un cancer prédit le bien-être à un an du diagnostic (évalué par la qualité de vie, la dépression et les inquiétudes concernant le cancer ; Schwarzer et al., 2006), et l'ajustement au cancer à 6 ans de la première mesure (Grassi & Rosti, 1996). Dans d'autres maladies chroniques que le cancer, le soutien social s'avère également bénéfique sur plusieurs issues (Evers et al., 2001 ; Pakenham & Rinaldis, 2001). Lors de polyarthrite rhumatoïde et de sclérose en plaques, avec contrôle du névrosisme, le soutien social perçu, ainsi que l'étendue du réseau, sont liés à moins de sentiment d'impuissance par rapport à sa maladie (Evers et al., 2001). Dans le cas de personnes HIV+ ou ayant contracté le SIDA, indépendamment des facteurs médicaux, le soutien social diminue la dépression, augmente la santé perçue et l'adaptation psychosociale à la maladie (Pakenham & Rinaldis, 2001).

3.2.4. Soutien social, coping et internalité

A court terme d'un cancer, le soutien social s'associe à un coping d'esprit combatif (Cayrou & Dickes, 2008 ; Grassi et al., 1993), centré sur la religion et de restructuration cognitive (Ell et al., 1989). Le soutien social reçu à un mois de l'opération d'un cancer prédit aussi un coping accommodatif 5 mois plus tard, c'est-à-dire une tentative de prendre en compte les contraintes de la situation pour redéfinir de nouveaux objectifs et priorités (Luszczynska et al., 2005). Finalement, le soutien social s'accompagne de stratégies de copings de diverses natures, centrées sur le problème comme sur l'émotion. En outre, le soutien social va de pair avec l'internalité et un sentiment de contrôle sur les problèmes et événements (Ell et al., 1989 ; Grassi et et al., 1993). Plus spécifiquement, Cousson-Gélie et al. (2005) ne trouvent pas de lien entre le contrôle perçu sur le cancer du sein et le soutien social.

Le soutien social pourrait aussi interagir avec certains copings en vue de prédire la qualité de vie. Par exemple, chez des femmes atteintes de cancer du sein, le coping d'expression émotionnelle ne s'avère efficace pour augmenter la qualité de vie, que si le réseau social est à l'écoute, c'est-à-dire si le soutien social perçu est satisfaisant (Stanton et al., 2000).

L'interaction du soutien social avec l'internalité semble aussi agir sur la qualité de vie, mais dans des sens contraires selon les recherches. Dans une recherche sur des personnes souffrant de divers problèmes de santé, dont la dépression notamment, chez les sujets internes (lieu de contrôle interne), le soutien social augmente la qualité de vie, tandis que le lien disparaît chez les sujets internes (Abbey & Andrews, 1985). Inversement, dans une population étudiante se référant à divers soucis, le soutien social diminue l'impact des événements négatifs vécus uniquement chez les sujets internes (Sandler & Lakey, 1982). D'autres traits de personnalité pourraient encore interagir avec le soutien social. Dans une étude expérimentale où l'on fait réaliser aux sujets une tâche stressante, Lepore (1995) montre par exemple que chez les sujets peu cyniques, le soutien de quelqu'un pendant l'exécution de la tâche (faire un discours) diminue la réactivité cardiovasculaire ainsi que le stress perçu, tandis que chez les sujets cyniques, le soutien n'exerce plus d'effet sur les variables dépendantes. De plus, le stress perçu médiatise en partie l'effet du soutien sur la réactivité cardiovasculaire, suggérant un effet indirect du soutien, qui se traduit par moins de stress perçu.

3.3. Soutien social et développement post-traumatique

Globalement, il y a peu de consensus dans la littérature sur cette question. Considérons d'abord les études à court terme d'un cancer ou de divers événements stressants. Sur des populations d'étudiants, à court terme de divers événements stressants, le soutien social (en quantité et satisfaction perçue) est associé au développement (Armeli et al., 2005 ; Park et al., 1996). De 1 à 5 ans du diagnostic du cancer du sein, le soutien marital perçu par des femmes est positivement corrélé au PTGI (Weiss, 2004), et le soutien général est positivement lié au développement avec contrôle des variables sociodémographiques et médicales (Karanci & Erkam, 2007). Après divers cancers, le soutien social général prédit en régressions multiples le développement psychosocial (Harper et al., 2007). Pourtant, sur la même période, Cordova et al. (2001) n'observent pas de corrélation entre la satisfaction du soutien social et le PTGI d'une part, et la contrainte sociale (se sentir non soutenu, non écouté et non compris par rapport à sa maladie) n'est également pas liée au développement d'autre part (Cordova et al., 2007). Longitudinalement, les résultats sont tout aussi inconsistants. Que ce soit dans des analyses bi ou multivariées, le soutien social reçu à proximité de l'opération d'un cancer prédit le fait de trouver des bénéfices un an plus tard (Pinquart et al., 2007 ; Schulz & Mohamed, 2004 ; Schwarzer et al., 2006), mais ne prédit ni le développement post-

traumatique au PTGI à un an d'un cancer du sein (Sears et al., 2003), ni le développement à deux ans d'une greffe de moelle osseuse pour un cancer (Widows et al., 2005). L'examen des différents domaines de développement permettrait peut-être d'expliquer ces divergences. Par exemple, une analyse en pistes causales révèle que le soutien social reçu à un mois de l'opération d'un cancer prédit directement le développement à un an de l'opération, mais uniquement sur la dimension des changements positifs familiaux (Luszczynska, Mohamed, & Schwarzer, 2005). Les dimensions du développement personnel, d'une plus grande acceptation de la vie ou d'une sensibilité accrue aux autres, ne montrent en revanche aucun lien avec le soutien social (Ibid). Il faut aussi noter que le soutien social reçu à un mois de l'opération prédit un coping accommodatif 5 mois plus tard (où le sujet s'ajuste aux contraintes de la situation en redéfinissant ses priorités, ses objectifs, etc.) qui lui-même prédit une plus grande acceptation de la vie à un an de l'opération (Ibid). Indirectement, le soutien social participe donc aussi au développement sur cette dimension par l'effet médiateur du coping.

Sur le long terme, les divergences restent encore. Transversalement, de 5 à 9 ans d'un cancer du sein, le soutien social n'a pas d'effet direct sur le développement, mais a un effet indirect médiatisé par un coping de réinterprétation cognitive (Porter et al., 2006). Dans le cas de maladies chroniques, le soutien social n'est pas corrélé au PTG dès lors qu'on contrôle le névrosisme (Evers et al., 2001) ou le contrôle perçu sur la santé (Sheikh, 2004). Inversement dans une autre recherche sur la polyarthrite rhumatoïde, le soutien social prédit le développement en régressions multiples hiérarchiques comprenant des variables sociodémographiques et médicales, de personnalité et de coping (Dirik & Karanci, 2008). De même, sur une période étendue après un deuil, en contrôlant le stress, la dépression et la spiritualité, le soutien social a un effet direct sur le développement (Cadell et al., 2003).

Finalement, il est difficile de conclure quant au lien entre soutien social et développement. Il se pourrait que la nature du développement, issue réelle ou processus illusoire destiné à compenser la menace perçue (voir cette question traitée à la page 77) soit en jeu. En effet, si le PTG est illusoire, c'est-à-dire si la simple perception d'une menace fait déclarer du PTG, comme le soutiennent McFarland & Alvaro (2000), alors le soutien social, en atténuant la menace perçue, devrait logiquement s'associer à moins de PTG déclaré. Inversement, si le PTG est une issue réelle, c'est-à-dire s'il est le fruit de ressources utilisées par l'individu, alors le soutien social, qui est une ressource, devrait s'accompagner de PTG. En outre, la prise en compte des différentes dimensions du développement permettrait sans doute

de mieux comprendre le lien entre soutien social et développement selon les dimensions étudiées. Dans cette optique, il est probable que tout comme dans l'étude de Luszczynska et al. (2005) ou dans celle de Harper et al. (2007), le soutien social soit plus prédicteur de développement dans les dimensions liées aux rapports aux autres, et moins dans celles d'un développement personnel.

Partie II. Méthodologie de la recherche

1. Procédure

1.1 Population cancéreuse

La recherche est rétrospective et transversale. Elle a été menée en conformité avec les critères éthiques de l'American Psychological Association (APA, 2003). Les critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude étaient les suivants : être une femme ayant été diagnostiquée d'un cancer du sein entre 5 et 15 ans plus tôt, et avoir vécu depuis sans récidive ou autre cancer. Les femmes ont été recrutées via le Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) de Saint-Herblain, où elles avaient été soignées pour un cancer du sein 5 à 15 ans auparavant. Nous avons ainsi sélectionné au hasard 925 sujets répondant à ces critères à l'aide d'une base de données du CLCC destinée aux études cliniques. Le seul critère de sélection que nous n'avons pas laissé au hasard était le délai écoulé depuis le diagnostic. Nous tenions à avoir une répartition également distribuée de ce délai. Les personnes sélectionnées étaient informées par courrier de la présente recherche. Une lettre leur expliquait la raison, l'objectif et la procédure de cette recherche. Cette lettre était signée par l'Equipe de Recherche en Sciences humaines et Sociales appliquées à la Cancérologie ainsi que par le CLCC de St-Herblain. Les femmes qui souhaitaient participer à l'étude devaient remplir et signer une feuille de consentement et nous la renvoyer grâce à l'enveloppe timbrée fournie avec la lettre d'explication de l'étude. Une fois la lettre de consentement retournée, complétée et signée, un auto-questionnaire leur était envoyé par voie postale, également avec une enveloppe retour déjà timbrée.

Au total, 925 lettres ont été envoyées, 551 feuilles de consentement nous ont été renvoyées et 411 questionnaires nous sont parvenus. Sur ces 411 questionnaires, seuls 373 ont été retenus, les autres étant des questionnaires de personnes qui avaient eu une rechute ou un autre cancer depuis la mise à jour de la base de données utilisée pour la sélection de l'échantillon. Parmi ces 373, entre 286 et 353 questionnaires sont exploitables après suppression, selon les variables étudiées, des données manquantes, ainsi que des valeurs extrêmes qu'il est important d'éliminer lorsqu'elles sont aberrantes afin de conserver une distribution normale des données (Dancey & Reidy, 2007 ; Kline, 2005 ; Osborne, 2002 ; Schumacker & Lomax, 2004), particulièrement importante pour l'estimation par le maximum de vraisemblance dans les analyses confirmatoires. La figure 3 récapitule ces informations.

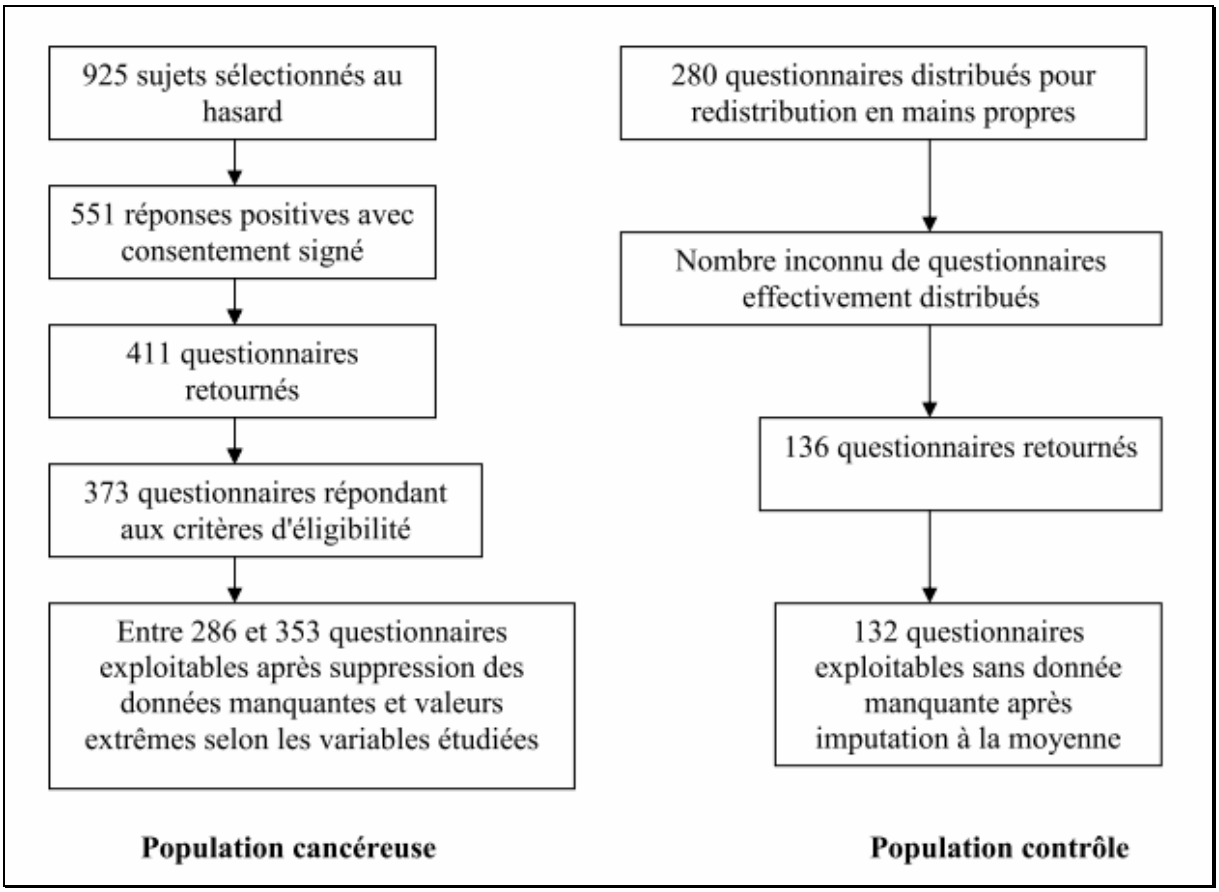


Figure 3 : Procédure pour la participation à l'étude.

1.2. Population contrôle

Afin d'effectuer des comparaisons avec la population cancéreuse, nous avons aussi sélectionné des sujets contrôles, appariés en sexe et en âge sur la population cancéreuse. Les critères d'éligibilité étaient d'être une femme actuellement âgée de 40 à 80 ans et de ne pas avoir eu de cancer (ni du sein, ni d'autres localisations). Les femmes de la population contrôle ont été recrutées par trois biais. Le premier recrutement se faisait par des étudiants internes en médecine. L'étude était alors expliquée à tous les étudiants. Ceux qui acceptaient de participer à l'étude avaient pour mission d'expliquer l'étude à des femmes lors de consultations médicales faisant partie de leur stage. Si ces dernières acceptaient de participer, l'étudiant leur donnait alors une enveloppe contenant une lettre d'explication de l'étude, une feuille de consentement, un questionnaire à remplir et une enveloppe retour déjà timbrée. Elles devaient alors remplir le tout et le renvoyer par la poste. Cette première procédure de recrutement n'ayant pas eu le succès escompté, les étudiants en médecine se sentant peu impliqués, nous

avons ensuite utilisé la même procédure avec des étudiants en licence 3 de psychologie. Nous leur avons demandé d'effectuer la même procédure, mais en distribuant des questionnaires à des personnes de leur entourage amical ou familial. Enfin, la moyenne de la population cancéreuse étant assez âgée, nous voulions rehausser la moyenne d'âge de la population contrôle. Pour ce faire, nous avons fait passer des questionnaires pour redistribution, par l'intermédiaire d'une association catholique dont la moyenne d'âge assez élevée allait permettre de rehausser celle de notre population contrôle. Cent soixante questionnaires ont ainsi été remis à des étudiants en médecine, 60 à des étudiants en psychologie, et 60 à l'association. Au total, 280 questionnaires ont donc été distribués pour redistribution à des étudiants ainsi qu'à une association, et 136 questionnaires nous ont été retournés. Parmi eux, 4 étaient totalement inexploitables contenant des pages entières de données manquantes, ils ont donc été supprimés de l'échantillon. Contrairement à la population cancéreuse, les 132 questionnaires restants étaient souvent parfaitement remplis compte tenu de la procédure avec remise du questionnaire en mains propres, et les quelques questionnaires qui comprenaient des données manquantes en comprenaient peu. Nous avons donc gardé les 132 questionnaires en faisant une imputation à la moyenne pour les rares données manquantes.

2. Mesures

Le questionnaire complet passé par les personnes cancéreuses figure en annexe 4, page 359, et comprend toutes les variables présentées ci-dessous. Il comprend également une échelle de qualité de vie liée au cancer à long terme, la QLACS (Avis et al., 2005) que nous n'avons pratiquement pas utilisée pour les recherches suivantes, compte tenu du fait qu'elle est seulement en cours de validation pour sa version française (Guilleux, Blanchin, Tessier, & Bonnaud-Antignac, 2009) d'une part, et que la plupart des dimensions qu'elle aborde le sont aussi par le SF-36, d'autre part. Néanmoins, à des fins descriptives, nous avons utilisé trois sous échelles du QLACS, celle de la "peur d'une rechute du cancer", celle de la qualité de vie sexuelle, et celle des émotions positives, car ces trois dimensions ne sont pas abordées par le SF-36, et la validation en cours (Guilleux et al., 2009) ne montre pas de problème sur ces trois dimensions.

2.1. Variables sociodémographiques et médicales

Les variables sociodémographiques comprennent l'âge actuel (date de naissance), l'âge au diagnostic, la situation familiale actuelle (vit seule ou en couple, statut matrimonial légal, enfants), professionnelle au diagnostic (en activité ou non), professionnelle actuelle, le niveau d'étude, la catégorie socioprofessionnelle, le salaire, ainsi que la situation financière subjective (se sentir plus ou moins à l'aise financièrement en fonction de ses revenus et besoins, sur une échelle de type Likert en 5 points).

Les variables médicales comprennent le délai depuis le diagnostic, le stade de la tumeur au diagnostic, et les traitements (opération, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, mastectomie). Le questionnaire comprenait une question pour savoir si la personne ressentait actuellement des séquelles liées à son cancer (réponse en oui ou non). Si oui, il fallait préciser si ces séquelles étaient de la douleur et/ou de la fatigue, et/ou des limitations à faire toutes sortes de choses, et/ou d'autres séquelles à préciser alors. Il fallait aussi estimer si ces séquelles étaient "peu", ou "assez", ou "très gênantes". Bien que la variable des séquelles soit essentiellement médicale, certaines séquelles rapportées avaient aussi trait à des problèmes d'apparence physique (alopécie, mastectomie).

2.2. Variables de personnalité

2.2.1. L'affectivité positive et négative

La PANAS (Positive and Negative Affectivity Scale ; Watson et al., 1988b) a été utilisée comme mesure de l'affectivité positive et négative. En effet, elle est valide, fidèle et de passation rapide. La consistance interne est de $\alpha = 0.88$ pour l'AP et de $\alpha = 0.87$ pour l'AN, et la fidélité test-retest à deux mois d'intervalle est de r =0.68 pour l'AP et de r =0.71 pour l'AN (Ibid).

La sous-échelle d'affectivité positive contient 10 items d'états affectifs positifs, tandis que la sous-échelle d'affectivité négative contient 10 autres items d'états affectifs négatifs. Le sujet doit répondre, sur une échelle Likert en 5 points, à la question de savoir si, d'une façon générale, il éprouve ces états de "très peu" à "très souvent". Dans notre échantillon cancéreux, l'alpha de Cronbach est de 0.89 pour la sous-échelle d'affectivité positive, et de 0.86 pour l'affectivité négative.

2.2.2. L'optimisme

Le LOT-R (Life Orientation Test-Revised ; Scheier et al., 1994) a été utilisé. Il est composé de 10 items (dont 4 de remplissage) décrivant des attentes générales, et le sujet doit répondre sur une échelle en 5 points allant de "0 = pas du tout d'accord" à "4 = tout à fait d'accord". La consistance interne est de $\alpha = 0.78$ et la fidélité test-retest est de 0.79 à 28 mois d'intervalle (Scheier et al., 1994). Dans notre échantillon, l'alpha de Cronbach est de 0.79 pour cette échelle.

2.2.3. L'internalité (Lieu de contrôle interne)

Le questionnaire d'internalité de Lumpkin (1985) a été utilisé. Ce court questionnaire contient 6 items extraits de celui de Rotter (1966) sous un format de type de Likert allant de "1 = pas du tout d'accord" à "5 = tout à fait d'accord". Trois items renvoient à un contrôle interne et trois autres (à cotation inversée) à un contrôle externe. Validé sur 3009 personnes, sa consistance interne est de α =0.68, et sa validité convergente avec d'autres tests (de satisfaction de la vie et de coping notamment) a largement été vérifiée (Lumpkin, 1985). Dans notre échantillon, l'alpha de Cronbach est de 0.50 pour cette échelle.

2.3. Variables transactionnelles

2.3.1. Le coping

Le Brief-Cope (Carver, 1997) a été utilisé pour mesurer le coping. Il contient 14 sous-échelles de coping, chacune étant formée par deux items : coping actif, planification, soutien instrumental, soutien émotionnel, expression des sentiments, réinterprétation positive, acceptation, déni, blâme, humour, religion, distraction, utilisation de substances, et désengagement comportemental.

Afin de ne pas alourdir les analyses statistiques avec trop de variables, nous avons choisi une analyse factorielle pour extraire des facteurs de ces 14 sous-échelles. Bien que la méthode du "Little Jiffy" (c'est-à-dire analyse en composantes principales, avec rotation varimax, et critère de Kaiser pour déterminer le nombre de facteurs) soit la plus utilisée en sciences sociales, elle est pourtant fortement déconseillée pour les raisons suivantes (Costello & Osborne, 2005 ; Preacher & MacCallum, 2003). Premièrement, l'extraction en composantes principales ne différenciant pas la variance unique de l'item de la variance commune (donc avec des communautés équivalentes à un), surestime la variance expliquée par les composants

et la saturation des items aux facteurs. Une extraction factorielle par le maximum de vraisemblance est donc préférable avec des données à peu près normalement distribuées, ce qui est le cas dans notre échantillon (sauf pour le coping substances). Deuxièmement, retenir le nombre de facteurs dont les valeurs propres sont supérieures à un est un critère arbitraire, et qui ne tient pas compte de l'interprétabilité des facteurs. La méthode du scree test est donc préférable et, si le coude de la courbe n'est pas franc, plusieurs essais du nombre de facteurs à retenir (dans la courbure du graphique) peuvent être réalisés, en retenant la solution factorielle la plus claire. Enfin, la rotation varimax, orthogonale, force une indépendance entre facteurs, extrêmement rare en sciences sociales. De plus, quand bien même cette indépendance existerait, les solutions factorielles entre rotation oblique et orthogonale seraient les mêmes. Il n'y a donc aucun inconvénient à utiliser une rotation oblique. Forts de ces considérations, nous avons réalisé une analyse factorielle avec extraction par le maximum de vraisemblance, scree test, et rotation oblique (oblimin directe). La solution obtenue est claire (forte saturation des items aux facteurs, pas de crossloading) et présente 7 facteurs : le coping actif (qui regroupe les sous-échelles originales du coping actif, de la planification, et de la distraction), le coping positif (réinterprétation positive, humour, et un item d'acceptation, l'autre ayant été supprimé pour crossloading), le coping relationnel (soutien émotionnel, instrumental, expression des sentiments), et 4 facteurs équivalents aux sous-échelles originales, à savoir, coping religieux, blâme, déni et utilisation de substances. On remarquera que notre facteur de coping actif comprend à la fois des copings d'approche (coping actif et planification) et un coping évitant (distraction). Ce résultat avait déjà été trouvé lors de sa validation de l'échelle réalisée par Carver (1997) et décrite dans notre approche théorique (cf. page 134). Les alphas de Cronbach de notre échantillon pour ces facteurs sont de 0.79 pour le coping actif, de 0.66 pour le coping positif, de 0.83 pour le coping relationnel, de 0.89 pour le coping religieux, 0.91 pour le coping substances, de 0.68 pour le blâme, et de 0.66 pour le déni.

En plus, un score de coping adaptatif a été calculé en additionnant toutes les formes de coping à l'exception de l'utilisation de substances, du blâme et du désengagement comportemental. Il s'agit donc de l'addition du coping relationnel, actif, positif, religieux, et même du déni que nous considérons comme pouvant avoir une certaine valeur adaptative lors du diagnostic et des traitements d'un cancer. L'alpha est de 0.832 pour ce score de coping adaptatif.

2.3.2. Le soutien social perçu

Pour évaluer le soutien social, nous avons utilisé le questionnaire de soutien social perçu de Bruchon-Schweitzer (2002) en demandant aux sujets de faire référence au soutien reçu par leur entourage lors de leur cancer du sein. Le questionnaire original comporte 4 questions (sur le soutien émotionnel, matériel, informationnel et d'estime perçu), où la personne doit répondre à chaque fois en terme de disponibilité de l'entourage (c'est-à-dire que le sujet doit estimer le nombre de personnes disponibles pour ce soutien lors de l'événement), et de satisfaction (c'est-à-dire que le sujet doit estimer sa satisfaction vis-à-vis du soutien en question).

Après avoir testé le questionnaire sur quelques sujets, nous avons enlevé la question structurelle qui portait sur le nombre de personnes disponibles dans l'entourage pour aider le sujet cancéreux. En effet, nos sujets étant de 5 à 15 ans de leur cancer, ils avaient du mal, des années après la maladie, à se souvenir exactement du nombre de personnes disponibles pour eux à l'époque. En outre, le soutien structurel étant largement moins lié à la qualité de vie que le soutien fonctionnel (Helgeson, 2003), cela ne posait pas de problème d'éliminer la question.

Ainsi modifié, le questionnaire comporte 4 questions demandant au sujet d'évaluer son degré de satisfaction sur une échelle de "1, pas du tout satisfait" à "5, tout à fait satisfait" quant au soutien émotionnel, matériel, informationnel et d'estime, perçu par le sujet de la part de son entourage. Pour chaque type de soutien, le sujet doit répondre 4 fois selon la source du soutien : familial, amical, professionnel, médical. Au total, on compte donc 16 items, 2 dimensions et 4 sous-dimensions à chaque fois : le soutien selon la source (familiale, amicale, professionnelle, médicale) et le type de soutien (estime, matériel, informationnel, émotionnel). Un score total peut être calculé en additionnant les 16 items. Dans la mesure où certaines femmes de la population cancéreuse ne travaillaient pas à l'époque de leur cancer (ne répondant donc pas à la colonne "collègues" du questionnaire), et où certaines femmes de la population contrôle faisaient référence à un événement non médical, et/ou ne travaillaient pas non plus à l'époque de l'événement (et ne répondant alors pas à la colonne "soignants rencontrés", et/ou à celle des "collègues"), c'est la moyenne des colonnes qui a été calculée à chaque fois.

2.3.3. Le stress perçu au diagnostic

Deux questions nous ont permis d'appréhender le stress perçu au diagnostic, inspirées du critère de syndrome de stress post-traumatique du DSM-IV (APA, 1994). La première (stress général) leur demandait de préciser l'intensité de malaise et de stress qu'avait suscité chez elles le cancer du sein, sur une échelle visuelle analogique graduée de 0, "*pas du tout de stress*" à 10 *" stress maximum*". La seconde question (stress par rapport à la mort) leur demandait dans quelle mesure elles avaient pensé qu'elles auraient pu mourir de ce cancer, sur une échelle de 0 "*je n'y ai pas du tout pensé*", à 10, "*j'y ai totalement pensé*". La corrélation entre ces deux variables est de 0.66 ($p<0.001$). Un score de stress perçu a été calculé en additionnant les réponses à ces deux questions, allant donc théoriquement de 0 à 20. L'alpha de Cronbach est de 0.773 pour ce score de stress perçu.

2.4. Les variables dépendantes

2.4.1. La qualité de vie

Elle a été évaluée par le MOS SF-36 (Medical Outcome Study Health Survey Short Form-36 items) dans sa version française validée (Leplège et al., 2001). Ce questionnaire, utilisé et validé à maintes reprises, comprend 8 dimensions et 2 scores composites : score composite physique (activité physique, limitations dues à l'activité physique, douleurs physiques, santé perçue) et score composite mental (vitalité, vie et relations avec les autres, limitations dues à l'état psychique, santé psychique). Les 2 scores composites sont standardisés pour une moyenne de 50 et un écart-type de 10. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. A côté de la qualité de vie, nous avons aussi demandé aux femmes interrogées de placer leur sentiment de bonheur actuel sur une échelle visuelle analogique graduée de zéro (totalement malheureuse) à dix (totalement heureuse). Parallèlement, nous avons utilisé la sous échelle, émotions positives, de la QLACS (Avis, et al., 2005). Cette dimension comporte 4 items décrivant des émotions positives (se sentir heureux, profiter de la vie, avoir un regard positif sur la vie, être satisfait de sa vie ; items 6, 8, 22, 28, voir annexe 4 page 373). Le sujet doit dire à quelle fréquence il a vécu ces émotions au cours des 4 dernières semaines, de 1 (jamais), à 7 (toujours). Les scores sont inversés pour ces 4 items. La dimension peut donc présenter des scores de 4 à 28, les scores les plus bas représentant des émotions positives fréquentes (à la QLACS, les scores les plus bas représentent toujours une meilleure qualité de vie sur la dimension). L'alpha de Cronbach est de 0.87 pour cette dimension.

Nous avons également utilisé la sous échelle de la QLACS liée à la sexualité afin de voir si cette dimension était encore touchée à long terme du cancer du sein, comme cela a déjà été décrit dans la littérature (Broecket et al., 2002 ; Mols et al, 2005). Cette sous échelle comporte 4 items évaluant la sexualité sur le versant du désir et de la fonctionnalité (items 10, 12, 16 et 25, voir annexe 4, page 373). Les 4 items sont des affirmations reflétant une difficulté sexuelle. Le sujet doit dire à quelle fréquence il a rencontré cette difficulté au cours des quatre dernières semaines, de 1 (jamais), à 7 (toujours). La dimension peut donc présenter des scores de 4 à 28, les scores les plus hauts représentant des difficultés sexuelles. L'alpha de Cronbach est de 0.88 pour cette dimension.

2.4.2. Les séquelles du cancer

En plus de notre question sur les séquelles (décrite ci-dessus page 164), nous avons aussi utilisé à des fins descriptives la sous échelle "peur de la récidive" de la QLACS (Avis et al., 2005). En effet, la peur d'une rechute est une séquelle importante du cancer, souvent relatée, même à long terme (Avis et al., 2005 ; Bower et al., 2005 ; Dow et al., 1996). La "peur de la récidive" comprend les items 36, 39, 46 et 47 du questionnaire (présent en annexe 4, page 375) qui affirment la crainte d'une rechute, la crainte de mourir du cancer, l'inquiétude d'une rechute dès qu'une douleur apparaît, et le fait d'être préoccupée par son cancer. Le sujet doit dire s'il chacune de ces affirmations a été vraie pour lui au cours des 4 dernières semaines, sur une échelle de Likert allant de 1 (jamais) à 7 (toujours). Le score à cette sous-échelle peut donc varier de 4 à 28, les scores les plus hauts indiquant des craintes plus élevées. L'alpha de Cronbach est de 0.83 pour cette dimension.

2.4.3. Le développement post-traumatique

Il a été évalué par le Post-Traumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996) que nous avons dû traduire en français, étant donné qu'il n'existe pas encore de version française validée à ce jour. Ce questionnaire comprend 21 items décrivant chacun un changement potentiel survenu du fait d'un événement stressant (ici le cancer du sein). Le sujet doit coter, sur une échelle de "0, pas du tout", à "5, totalement", à quel point il a vécu, et vit encore aujourd'hui, le changement décrit par cet événement. Le questionnaire comprend 5 sous-échelles et un score global. Dans notre échantillon les alphas pour les sous-échelles sont de 0.85 pour la dimension de meilleures relations aux autres, de 0.86 pour celle des nouvelles

possibilités, de 0.79 pour la force personnelle, de 0.83 pour les changements spirituels, et de 0.81 pour l'appréciation de la vie. Un score total, additionnant les 5 sous-échelles, peut aussi être calculé. Plus la valeur des scores est grande, plus le développement post-traumatique est vécu, le score total pouvant aller de 0 à 105. L'alpha du score total est de 0.93 dans notre échantillon. Une analyse factorielle exploratoire puis confirmatoire de cette traduction française sera proposée dans l'étude 3 sur la prédiction du développement post-traumatique.

Deux questions complémentaires au PTGI (voir annexe 4, page 381) ont également été posées quelques pages avant le PTGI dans le questionnaire. Il s'agissait de répondre sur une échelle visuelle analogique graduée de 0 à 10, aux deux questions suivantes posées dans l'ordre suivant: "*Globalement, à quel point diriez-vous que votre cancer du sein a changé négativement votre personne/et ou votre vie*"?, de "*0, ce cancer n'a rien changé négativement*", à "*10, ce cancer a totalement changé négativement ma vie et/ou ma personne*", puis la même formulation mais avec l'adjectif "positivement" cette fois : "*Globalement, à quel point diriez-vous que votre cancer du sein a changé positivement votre personne/et ou votre vie*". Les mêmes questions étaient posées à la population contrôle qui devait répondre au regard de l'événement de référence. L'expression "*votre cancer du sein*" était donc remplacée par "*cet événement*".

L'objectif de ces deux questions était d'avoir une évaluation des aspects négatifs liés au cancer ou à l'événement de référence pour la population contrôle. En effet, le PTGI ne prend pas en compte les aspects traumatiques (et donc plutôt négatifs) du développement post-traumatique. Ainsi, d'une part il ne donne aucune information sur les aspects douloureux de l'événement, pourtant vecteurs du PTG (Calhoun & Tedeschi, 2004), d'autre part, il peut induire un "biais de positivité" chez le sujet. C'est pourquoi, nous avons introduit une question sur les aspects négatifs, que nous avons placée avant celle sur les aspects positifs (voir Annexe 4, page 381).

3. Participants

3.1. Variables sociodémographiques des deux populations

Les analyses concernant la population cancéreuse ont été réalisées à partir de 3 échantillons quasiment similaires pour la prédiction du développement post-traumatique (N=307), de la qualité de vie mentale (N=301) et de la qualité de vie physique (N=300).

L'échantillon utilisé pour la prédiction du développement post-traumatique servira de référence pour la description de la population cancéreuse. Le tableau ci-dessous récapitule les variables sociodémographiques des deux populations. Les personnes cancéreuses et celles de la population contrôle ont une moyenne d'âge d'environ 60 ans, vivent majoritairement en couple, et 89% ont des enfants. On ne note pas de différence significative entre les deux échantillons sur ces variables. De même, le temps moyen depuis le diagnostic de cancer, comme depuis l'événement stressant auquel la population contrôle se réfère pour répondre au questionnaire, n'est pas significativement différent dans les deux populations, avec une même moyenne à 10 ans. L'étendue varie cependant beaucoup, allant de 6 à 16 ans chez les personnes cancéreuses (SD = 3), et de 0.5 à 40 ans (SD = 7) dans la population contrôle.

Enfin, les 2 populations diffèrent significativement sur le ressenti financier (les personnes contrôles se sentant plus à l'aise financièrement), la situation professionnelle actuelle (les personnes contrôles étant plus actives) et le niveau d'étude, plus élevé chez les femmes de la population contrôle.

Tableau 1 : Variables sociodémographiques des participants

	Population cancéreuse (N=307)	*Population contrôle (N=132)*	*Différence entre les 2 populations (T de Student ou χ^2) : valeur de p*
Age moyen (étendue, SD)	62 (36-77 ; 8)	61 (42-82 ; 11)	0.13
Vit en couple	75%	73%	0.55
A des enfants	89%	89%	1
Situation financière subjective			
Difficile ou plutôt difficile	5.6%	5.3%	
Moyen	60.9%	47%	
A l'aise ou très à l'aise	32.7%	47.7%	0.001
Situation professionnelle actuelle			
En activité ou recherche d'emploi	27%	48%	
A la retraite ou inactive	73%	52%	0.001
Niveau d'éducation			
Inférieur au BAC	62.2%	42.4%	
BAC	16.3%	14.4%	
Supérieur au BAC	21.5%	43.2%	0.001
Temps moyen depuis le diagnostic ou l'événement stressant (étendue, SD)	10 ans (6-16 ; 3)	10 ans (0.5 – 40 ; 7)	0.45

3.2. Variables médicales chez les personnes cancéreuses

En ce qui concerne les variables médicales, 53% de l'échantillon déclare une tumeur au stade I au moment du diagnostic, 35% au stade II, 6% au stade III, et les 6% restant ne savent pas à quel stade était leur tumeur. Au niveau des traitements, 50% de l'échantillon a eu de la chimiothérapie, 87% de la radiothérapie, 36.5% de l'hormonothérapie, et 28% a subi une mastectomie (ablation du sein). Enfin, le temps moyen depuis le diagnostic est de 10 ans (6-16 ans, SD = 3).

3.3. Caractéristiques de l'événement de référence chez les personnes contrôles

Les événements douloureux et/ou stressants de référence ont été classés en 5 catégories. Il s'agit d'un deuil (35% de l'échantillon), d'un problème de santé d'un proche (31%), de problèmes familiaux autres que ceux concernant la santé (27% ; divorce, conflit marital, conflit avec les enfants, etc.), de problèmes professionnels (10%), de problèmes de santé personnels (10%), et d'événements divers (3% ; accidents ou agressions). Le total des pourcentages présentés est de 116%, car certains sujets entraient dans deux catégories, notamment lors d'une maladie faisant suite à un décès, ou de problèmes professionnels entraînant des problèmes de santé.

3.4. Comparaison des variables indépendantes dans les deux populations

Le tableau ci-dessous présente les moyennes des variables indépendantes psychologiques, de personnalité et transactionnelles, pour les 2 populations. Avant de comparer les moyennes, la distribution des variables a été vérifiée. Elle s'avère normale pour toutes à l'exception des variables des copings de substances, blâme et déni, dont la distribution présente une asymétrie positive, particulièrement forte pour le coping substances (coefficients d'asymétrie respectifs de 3.4, 1.4 et 1.3). De façon attendue, les trois copings non adaptatifs du Brief-Cope sont donc peu utilisés par les participants, en particulier l'utilisation de substances. En fonction de ces résultats, nous avons utilisé un test T de Student pour toutes les variables, sauf pour les trois dernières où le test non paramétrique du U de Mann-Whitney était donc préférable (en particulier pour le coping substances réellement asymétrique).

En ce qui concerne la personnalité, la population cancéreuse s'avère significativement plus négative affectivement, moins optimiste et moins interne que la population contrôle. Ses

ressources personnelles semblent donc moins fortes par rapport aux personnes contrôles. Au niveau des variables transactionnelles, la population cancéreuse a perçu lors du cancer moins de stress que les femmes de la population contrôle (faisant référence à l'événement le plus stressant de leur choix), plus de soutien social, et a utilisé plus de coping positif, moins de coping religieux et moins de blâme.

Tableau 2 : Différences entre les deux groupes sur les variables de personnalité et transactionnelles

Type de variables		*Groupe cancéreux (N=307) (SD)*	*Groupe contrôle (N=132) (SD)*	*Différences entre les 2 groupes: valeur de p*
Personnalité	Affectivité positive (PANAS-AP)	34.16 (7.6)	35.51 (6.9)	0.081
	Affectivité négative (PANAS-AN)	20.51 (6.8)	19.06 (6.2)	0.038*
	Optimisme (LOT-R)	14.53 (4.7)	15.83 (4.1)	0.006*
	Internalité (Test de Lumpkin)	19.08 (3.2)	19.73 (3.0)	0.05*
Transactionnelles	Stress perçu, malaise lors de l'événement de référence (cancer ou divers)	6.92 (2.4)	8.03 (1.9)	0.001**
	Peur de mourir de cet événement	5.62 (3.1)	2.49 (3.4)	0.001**
	Soutien social total perçu	3.95 (0.8)	3.55 (1.0)	0.001**
	Coping actif	1.61 (0.5)	1.57 (0.4)	0.379
	Coping positif	1.12 (0.3)	1.01 (0.3)	0.001**
	Coping relationnel	1.64 (0.5)	1.72 (0.6)	0.157
	Coping religieux	1.75 (1.0)	2.05 (1.1)	0.008*
	Coping substances (rang moyen)	1.04 (0.4) (218)	1.10 (0.5) (224)	0.45
	Coping blâme (rang moyen)	1.07 (0.5) (194)	1.49 (0.7) (281)	0.001**
	Coping déni (rang moyen)	1.22 (0.6) (223)	1.24 (0.7) (214)	0.545

Notes : Pour tester les différences entre populations, ont été utilisés le T de Student, et le U de Mann-Whitney pour les trois dernières variables non distribuées normalement
*p<0.05, **p<0.001

4. Analyses statistiques

Contrairement aux trois rubriques précédentes (procédure, mesures, participants) communes à toutes les études à suivre, les analyses statistiques utilisées sont différentes selon les études. C'est pourquoi, dans un souci de lisibilité pour le lecteur, elles seront présentées à l'intérieur de chaque étude.

5. Déroulement général de la recherche

Pour de plus amples informations sur le déroulement général de cette recherche (principales étapes, financement du projet, partenariats, etc.), nous renvoyons le lecteur au Nouveau Chapitre de Thèse soutenu en juillet 2009 à la présidence de l'Université de Nantes et disponible sur Internet (Lelorain, 2009).

Partie III. Résultats sous forme d'études

Etude 1. Qualité de vie et développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein : étude descriptive et lien entre les deux variables

1. Introduction

L'objectif de cette étude est double. D'une part, il s'agira de décrire la qualité de vie, les séquelles, les changements positifs et négatifs, ainsi que le développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein, d'autre part, d'examiner les corrélations entre qualité de vie et développement post-traumatique. De plus, pour répondre à la question de savoir si la qualité de vie et le développement post-traumatique des femmes ayant eu un cancer sont similaires à celle de femmes n'ayant pas été malades, nous utiliserons une population contrôle et d'autres données de la littérature. Afin de dégager des hypothèses, nous proposons tout de suite une brève revue de question sur la qualité de vie et le développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein, ainsi que sur le lien entre les deux variables.

1.1. Qualité de vie et séquelles

A long terme d'un cancer du sein, globalement, la qualité de vie est tout à fait satisfaisante, qu'elle soit évaluée par le SF-36 (Casso et al., 2004 ; Lewis et al., 2001), par d'autres questionnaires de qualité de vie (Cimprich et al., 2002 ; Dow et al, 1996), ou par des échelles visuelles analogiques (Ganz et al., 2002 ; Paskett et al., 2008). C'est aussi la conclusion de deux revues de question récentes sur le sujet (Mols et al., 2005 ; Bloom et al., 2007). Ces informations sont confirmées par les études comprenant des populations contrôles qui attestent que la qualité de vie des femmes ayant eu le cancer est similaire à celles de femmes non cancéreuses sur la majorité des dimensions. Néanmoins, il existe des divergences entre ces recherches. La qualité de vie serait comparable pour les deux populations sur toutes les dimensions, à l'exception de la dimension physique diminuée chez les femmes cancéreuses (Dorval et al., 1998b ; Helgeson & Tomich, 2005 ; Schroevers et al., 2006 ; Tomich & Helgeson, 2002). Amir et Ramati (2002) ont également trouvé une qualité de vie physique plus faible chez des femmes ayant eu le cancer du sein. Pourtant, deux études nationales d'envergure, allemandes et danoises (Mehnert & Koch, 2008 ; Peuckmann et al., 2007), utilisant respectivement un échantillon de 1083 et 3104 femmes, montrent, pour la première

(Mehnert & Koch, 2008) qu'il n'y a pas de différence de santé perçue entre des femmes cancéreuses et une population contrôle, et pour la seconde (Peuckmann et al., 2007) que la santé perçue et les douleurs physiques au SF-36 sont même significativement meilleures chez les femmes ayant eu le cancer (meilleure santé perçue, moins de douleurs). Des divergences existent aussi sur la dimension mentale. Amir et Ramati (2002) trouvent que 18% de leur échantillon cancéreux présente une qualité de vie mentale et générale plus faible que celle de leur échantillon contrôle, ce que confirme Peuckmann et al. (2007) sur la qualité de vie mentale, alors que Gotay et al. (2004) trouvent à l'inverse une meilleure qualité de vie mentale et générale pour les anciens patients cancéreux. Notons cependant que la recherche de Gotay et al. (2004) comprend des patients en rémission de divers cancers à mauvais pronostic, et non plus seulement des cancers du sein.

Enfin, à deux ans du diagnostic d'un cancer du sein, 20 % des femmes ne déclarent aucune séquelle, 27% déclarent des séquelles "peu ou pas gênantes", 53% "assez gênantes ou très gênantes" (DREES, 2008). De 5 à 10 ans après le diagnostic, plus d'une femme sur trois déclare encore des séquelles liées à son cancer ou à ses traitements (Casso et al., 2004 ; Porter et al., 2006), et à en moyenne 10 ans du diagnostic, (avec une étendue de 4 à 16 ans), 44% des femmes interrogées rapportent encore des séquelles dans la recherche française de Joly et al. (2000). En comparaison avec une population contrôle appariée en âge, à 5 ans d'un cancer, les femmes déclarent plus de lymphodèmes, de fatigue et de symptômes hormonaux que leurs pairs (Helgeson & Tomich, 2005). Les séquelles rapportées après le cancer recouvrent tout autant de problèmes spécifiques au cancer du sein, tels que douleurs au bras, dysfonctionnements sexuels, symptômes hormonaux, symptômes liés à la ménopause souvent induite par les traitements (Bloom et al., 2004 ; Ganz et al. 1998), que de problèmes généraux, tels que fatigue et limitations physiques (DREES, 2006).

Forts de ces données, nous faisons l'hypothèse que la qualité de vie des femmes ayant eu le cancer devrait être satisfaisante et équivalente à celle d'une population contrôle. En suivant les résultats des deux études nationales conséquentes (Mehnert & Koch, 2008 ; Peuckmann et al., 2007), la qualité de vie physique pourrait même être meilleure chez les patientes en rémission que chez les femmes de la population contrôle, alors qu'inversement, la qualité de vie mentale pourrait être amoindrie après un cancer mais non après d'autres événements stressants (Amir & Ramati, 2002). Malgré une qualité de vie globalement préservée, on s'attend à trouver des séquelles du cancer chez au moins un tiers des femmes (Casso et al., 2004 ; Joly et al., 2000 ; Porter et al., 2006).

1.2. Changements positifs, négatifs et développement post-traumatique

A long terme d'un cancer du sein, l'expérience de la maladie est perçue comme ayant apporté des changements positifs (Dow et al., 1996 ; Fredette, 1995 ; Lechner et al., 2006 ; Mols et al., 2009 ; Tomich & Helgeson, 2002 ; Tomich et al., 2005). A 10 ans du diagnostic, 79% des femmes identifient au moins un effet positif de leur cancer (Mols et al., 2009), et pour 62% le cancer est même perçu plus positivement que négativement à 5 ans du diagnostic (Tomich et al., 2005). Dans une recherche sur divers cancers, parmi les 21 changements positifs proposés par le PTGI, en moyenne, 17 seraient vécus à long terme de "un peu" à "totalement" (Schroevers & Teo, 2008). Dans l'échantillon de Tomich et al. (2005), 13% des femmes rapportent même que leur cancer du sein n'a été que positif, contre 3% dans celui de Mols et al. (2007). Plus spécifiquement, parmi les 5 dimensions du PTGI, on note des changements sur l'appréciation de la vie, les relations aux autres et une nouvelle force personnelle, mais non sur les nouvelles possibilités ou les changements spirituels (Mols et al., 2009). Ces résultats sont confirmés dans une population malaisienne après divers cancers, où les changements les plus rapportés concernent bien l'appréciation de la vie et les relations aux autres, tandis que les moins vécus ont trait aux nouvelles opportunités (Schroevers & Teo, 2008). En revanche, contrairement à Mols et al. (2007), Schroevers et Teo (2008) notent aussi des changements spirituels dans leur population malaisienne. Enfin, il existe encore trop peu de recherches sur le développement post-traumatique comportant une population contrôle, pour établir une hypothèse précise, d'autant plus qu'elles ne sont pas homogènes sur la méthodologie et les questionnaires utilisés. A moins de 5 ans du cancer du sein, les femmes en rémission rapportent plus de développement que des femmes contrôles (Cordova et al., 2001 ; Tomich et al., 2005), tandis qu'à plus long terme, on ne note aucune différence entre les deux groupes (Schroevers et al., 2006).

Au regard de ce bilan, nous faisons l'hypothèse que les femmes rapporteront plus de changements positifs que de changements négatifs de leur expérience cancéreuse. De plus, on s'attend à ce que la majorité des changements du PTGI soient vécus par ces femmes, en particulier dans le domaine de l'appréciation de la vie, des relations aux autres et d'une nouvelle force personnelle.

1.3. Qualité de vie et développement post-traumatique : quels liens?

Les conclusions sur la question du lien entre issues mentales et développement post-traumatique sont très divergentes, et tous les cas de figure ont été trouvés à ce propos. A long terme du diagnostic, certaines recherches montrent que le développement post-traumatique s'accompagne de moins d'anxiété et de dépression (Bower et al., 2005 ; Carver & Antoni, 2004 ; Ho et al., 2004), tandis que pour Helgeson et al. (2004), le fait de trouver des bénéfices au cancer va de pair avec une qualité de vie mentale dégradée. Une relation curvilinéaire en U a aussi été mise en évidence entre développement et qualité de vie (Lechner et al., 2006). Pour un faible ou fort développement, la qualité de vie est bonne, tandis que pour un développement moyen, la qualité de vie est la plus basse de la courbe. D'autres études ne trouvent pas de lien entre les deux issues (Avis et al., 2005 ; Tomich & Helgeson, 2002), tout comme la méta-analyse d'Helgeson et al. (2006). Le développement post-traumatique s'accompagnerait en revanche de plus d'issues positives, telles que la satisfaction de la vie et les affects positifs (Mols et al., 2009 ; Pinquart et al., 2007). Les rares études s'étant intéressées au lien entre développement et issues physiques après divers événements montrent une corrélation positive entre les deux (Affleck et al., 1987 ; Bower et al., 1998 ; Epel et al., 1998 ; Evers et al., 2001), à l'exception de Mols et al. (2007) où le PTGI n'est pas corrélé au statut de santé de femmes à 10 ans du diagnostic d'un cancer du sein.

Compte tenu des divergences existantes, il est difficile d'émettre une hypothèse sur le lien entre qualité de vie mentale et développement post-traumatique, ce qui est d'ailleurs la conclusion de la revue de question de Linley et Joseph (2004). Néanmoins, nous pensons qu'en tant qu'issue, le développement post-traumatique à long terme du cancer devrait être un véritablement dépassement de la maladie, et donc s'associer au bien-être. En particulier, on s'attend à une corrélation positive entre le développement et les issues positives (bonheur, émotions positives). De plus, le développement devrait s'associer positivement à la qualité de vie physique.

2. Méthode

2.1. Procédure, mesures et participants

Les échantillons et mesures utilisés sont ceux décrits précédemment dans la "Partie II: Méthodologie de la recherche", page 157).

2.2. Analyses statistiques

Afin de comparer les variables dépendantes (qualité de vie, sentiment de bonheur, développement post-traumatique) entre les deux groupes, population cancéreuse et contrôle, une ANCOVA a été réalisée. Au préalable, les conditions d'application de base liées à toute ANOVA ont été vérifiées, à savoir la distribution normale des VD, ainsi que l'homogénéité des variances dans les groupes (ici par le test de Levene). Seule une dimension de qualité de vie, la dimension de l'activité physique, est légèrement négativement asymétrique (coefficient d'asymétrie de -1.5) révélant une bonne condition physique de l'échantillon. Hormis cela, la normalité des deux VD et de leurs sous dimensions, ainsi que l'homogénéité des variances entre les deux groupes, sont effectivement vérifiées dans notre échantillon.

Des covariables, c'est-à-dire les variables influençant également la VD, ont été prises en compte afin de tester l'effet du groupe, après avoir réduit la variance de la VD attribuable aux covariables. Avant d'introduire les covariables, les conditions liées à l'utilisation de l'ANCOVA ont aussi été vérifiées, à savoir un lien linéaire entre la covariable et la VD, une covariable fiable, et le parallélisme des droites de régression pour chaque groupe, montrant le lien entre la covariable et la VD (Dancey & Reidy, 2007).

Pour la qualité de vie, nous avons introduit les covariables suivantes – l'âge, la situation financière subjective, le niveau de diplôme et la situation professionnelle actuelle (active ou non)- compte tenu de leurs corrélations avec la qualité de vie. Le temps depuis le diagnostic (ou l'événement de référence) n'a pas été introduit n'étant corrélé avec aucune dimension de la qualité de vie. Les variables de personnalité qui étaient liées à la qualité de vie (affectivité positive et négative, optimisme et internalité), ont également été introduites. Pour le sentiment de bonheur, nous avons contrôlé le fait de vivre seule ou en couple, le ressenti financier subjectif, la situation professionnelle actuelle et la personnalité pour les mêmes raisons que précédemment. Pour la qualité de vie liée à la sexualité, nous avons trouvé que les quatre variables de personnalité étaient corrélées à cette dimension. Cependant, les courbes de l'effet de l'internalité et de l'affectivité négative sur la sexualité n'étant pas parallèles pour l'internalité et l'affectivité négative, nous n'avons pu contrôler que l'effet de l'affectivité positive et de l'optimisme.

Pour le PTGI, la seule covariable sociodémographique introduite a été celle de la situation professionnelle actuelle (en activité professionnelle actuellement ou non), les autres variables sociodémographiques n'étant pas corrélées au développement post-traumatique. Le temps depuis le diagnostic (ou l'événement de référence) n'a pas non plus été introduit pour

la même raison. Au niveau de la personnalité, seule l'internalité a été contrôlée. En effet, l'affectivité négative n'étant pas liée au développement post-traumatique, et l'affectivité positive et l'optimisme ne vérifiant pas les conditions de parallélisme entre les groupes, ces trois variables n'ont pas été introduites.

En ce qui concerne l'échelle visuelle analogique de changements négatifs, toutes les variables de personnalité ainsi que la situation professionnelle actuelle ont été introduites. Enfin, au niveau de l'échelle visuelle analogique de changements positifs, l'affectivité positive, l'internalité et l'optimisme ont été contrôlées.

Nous avons aussi utilisé des Tests T pour comparer les moyennes trouvées dans notre étude par rapport à des moyennes rapportées par d'autres auteurs utilisant les mêmes questionnaires que nous dans des populations de femmes ayant aussi vécu un cancer du sein sans récidive. On prendra cependant les résultats de cette procédure avec précaution compte tenu du fait qu'elle ne permet pas de prendre en compte la variance des études d'autres auteurs, ni de contrôler les variables sociodémographiques et médicales pouvant influencer la VD.

3. Résultats

3.1. Qualité de vie, sentiment de bonheur et séquelles

Les scores du SF-36 étant disponibles pour la population générale française par sexe et classe d'âge (Leplège et al., 2001), nous avons utilisé ces données disponibles pour comparer le groupe cancer avec ces données. Afin que les groupes soient comparables en âge, nous avons pris dans les données de Leplège et al. (2001), comme dans notre échantillon cancéreux, des femmes âgées de 55 à 74 ans inclus. Les scores composites de qualité de vie mentale et physique n'étant pas donnés pour la population générale, ils n'apparaissent pas dans le tableau.

Tableau 3 : Scores moyens et différences de qualité de vie entre le groupe cancer et la population générale féminine française âgée de 55 à 74 ans.

Dimensions de qualité de vie	*Groupe cancer (N=235)(Standard deviation)*	*Population générale féminine (Leplège et al., 2001)*	*Test T pour échantillon unique*
Activité physique (PF)	80.10 (18.4)	74.74	0.001***
Limitations dues à l'état physique (RP)	76.06 (35.4)	73.29	0.231
Douleurs physiques (BP)	69.42 (22.2)	64.32	0.001***
Santé perçue (GH)	64.44 (18.1)	63.17	0.283
Vitalité (VT)	54.42 (17.3)	56.63	0.051
Vie et relations avec les autres (SF)	77.45 (20.9)	77.38	0.961
Limitations dues à l'état psychique (RE)	70.92 (40.3)	75.43	0.088
Santé psychique (MH)	63.54 (17.5)	65.81	0.048*

Note : ***p<0.001, **p<0.005, *p<0.05

Le tableau ci-dessus montre que par rapport à la population générale française féminine du même âge, le groupe cancer a une meilleure activité physique, ainsi que moins de douleurs physiques. En revanche, il présente moins de vitalité et une moins bonne santé psychique. Il faut cependant noter que si ces deux échantillons sont comparables sur l'âge et le sexe, ces résultats sont sans contrôle de variables potentiellement liées à la variable dépendante d'une part, ni ajustement des différences sociodémographiques éventuelles entre le groupe cancer et le groupe de Leplège et al. (2001) d'autre part. Pour pallier ces inconvénients, une comparaison du groupe cancer avec un groupe contrôle dont on connaît les caractéristiques a été réalisée.

Les moyennes des groupes sont présentées dans le graphique ci-dessous. On rappelle que plus le score de qualité de vie est élevé au SF-36, meilleure est la qualité de vie sur cette dimension. Par exemple, un score élevé à la dimension "douleurs physiques" signifie donc peu de douleurs physiques.

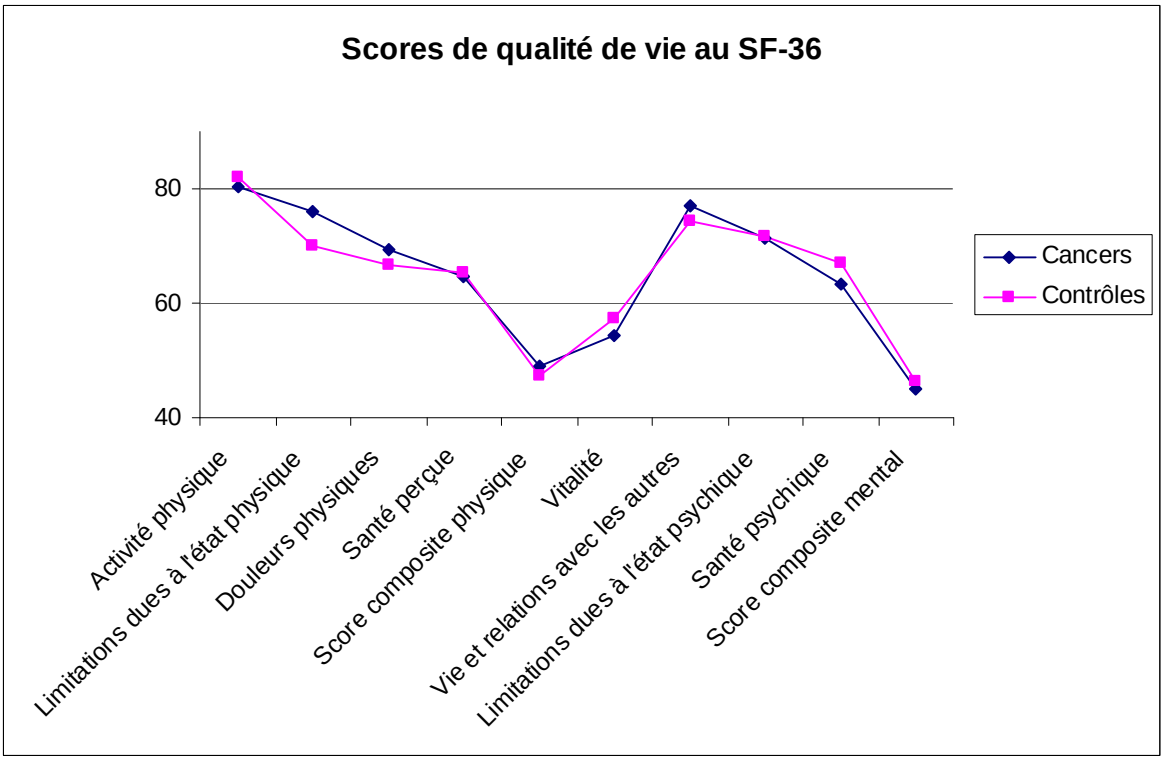


Figure 4 : Scores de qualité de vie sur les 8 dimensions du SF-36, ainsi que sur les 2 scores composites, pour le groupe cancer et le groupe contrôle.

L'ANCOVA ci-dessous (Tableau 4) montre les différences entre les groupes, avec contrôle des variables confondantes possibles.

Tableau 4 : Scores moyens et différences de qualité de vie entre les groupes cancer et contrôles.

Dimensions de qualité de vie au SF-36 + bonheur (EVA) + sexualité (QLACS)	*Groupe cancer (SD)*	*Groupe contrôle (SD)*	*ANCOVA (valeur de p)*
Activité physique (PF)	80.5 (17.6)	81.9 (19.9)	0.467
Limitations dues à l'état physique (RP)	76.1 (35.0)	69.9 (37.4)	0.020*
Douleurs physiques (BP)	69.5 (22.3)	62.7 (24.1)	0.001***
Santé perçue (GH)	64.6 (18.4)	65.2 (17.0)	0.167
Score composite physique de qualité de vie	48.9 (7.9)	47.2 (9.1)	0.002**
Vitalité (VT)	54.4 (17.1)	57.4 (15.9)	0.460
Vie et relations avec les autres (SF)	77.0 (20.5)	74.4 (20.7)	0.019*
Limitations dues à l'état psychique (RE)	71.5 (39.6)	71.7 (38.5)	0.328
Santé psychique (MH)	63.4 (17.3)	67.1 (16.0)	0.632
Score composite mental de qualité de vie	45.0 (10.2)	46.4 (10.3)	0.846
Sentiment de bonheur (EVA)	7.09 (1.635)	7.32 (1.469)	0.724
Emotions positives (QLACS)	18.9	19.9	0.880
Dimension sexuelle (QLACS)	14.2 (6.4)	11.8 (6)	0.003***

Note : ***p<0.001, **p<0.005, *p<0.05

Les deux populations diffèrent donc sur quatre dimensions -les relations aux autres, les limitations physiques, la douleur, la sexualité- ainsi que sur le score composite physique. Il faut bien noter que les femmes ayant eu le cancer se portent mieux que les femmes contrôles sur les dimension précédemment citées, à l'exception de la dimension sexuelle où les femmes contrôles ont une meilleure qualité de vie (car on rappelle qu'à la QLACS, un score élevé indique une mauvaise qualité de vie sur la dimension). Ainsi, à personnalité et caractéristiques sociodémographiques égales, les femmes ayant eu le cancer ont une meilleure vie sociale, moins de douleurs et de limitations physiques, ainsi qu'une meilleure qualité de vie physique globale que celles du groupe contrôle. On ne note en outre aucune différence entre les deux groupes sur le sentiment de bonheur évalué sur une échelle visuelle analogique, ni sur les émotions positives à la QLACS.

Au niveau des séquelles, 34% du groupe cancer déclare des séquelles assez ou très gênantes, contre 32% pour le groupe contrôle, et cette différence n'est pas significative (Tableau 5). Plus en détail, des différences apparaissent cependant. Le groupe cancer a significativement moins de séquelles que le groupe contrôle, et significativement moins de séquelles très gênantes (seulement 5% contre 11% pour le groupe contrôle). En revanche, on note plus de séquelles peu gênantes et assez gênantes après un cancer qu'après d'autres événements stressants.

Tableau 5 : Gêne laissée par les séquelles dans le groupe cancer et dans le groupe contrôle.

Gêne laissée par les séquelles	*Groupe cancer (% par rapport à l'échantillon total cancer)*	*Groupe contrôle (% par rapport à l'échantillon total contrôle)*	*Différence entre les deux groupes (χ^2 de conformité : valeur de p)*
Pas de séquelles	33.9%	47.7%	0.001
Séquelles peu gênantes	31.9%	20.5%	0.005
Séquelles assez gênantes	29.2%	20.5%	0.079
Séquelles très gênantes	5%	11.4%	0.001
Regroupement : pas, ou peu gênantes	65.8%	68.2%	0.569
Regroupement : assez, ou très gênantes	34.2%	31.8%	0.569

Selon l'événement de référence, cancer ou autre, les séquelles sont bien sûr de natures différentes. Le groupe cancer a comme séquelles plus de douleurs, de fatigue, et de limitations dans ses activités que le groupe contrôle. Quinze pour cent de l'échantillon cancéreux rapporte aussi d'autres séquelles. Parmi ces autres séquelles, on note 64% de problèmes liés au bras (incapacité à lever le bras, lymphodèmes, crampes, etc.,), 9% d'essoufflement, de problème d'endurance, de vieillissement précoce, 11% de soucis liés à la mastectomie ou à la prothèse et 9% de gênes diverses (alopécie, pertes de mémoire, troubles du sommeil, problèmes relationnels avec le conjoint, complications cardiaques après la radiothérapie, symptômes hormonaux, etc.).

A côté de ces séquelles plutôt physiques, il faut ajouter la peur de la récidive. Nous avons utilisé la sous échelle "peur de la récidive" de la QLACS (Avis et al., 2005) pour évaluer ces inquiétudes. Pour rappel, l'échelle est de type Likert, avec une graduation allant de 1, (jamais cette inquiétude) à 7 (toujours). Le score moyen trouvé dans notre échantillon est de 13.6 (SD : 5.9, étendue théorique de 4 à 28), proche du score théorique moyen de 12 qui représenterait des inquiétudes arrivant "parfois". En considérant uniquement l'item 39 de cette dimension, "vous craignez une rechute éventuelle de votre cancer", 30.6% des femmes ont encore cette crainte de "fréquemment" à "toujours".

Trente pour cent de l'échantillon contrôle rapporte des séquelles autres que des douleurs, fatigues ou limitations. Parmi ces autres séquelles, 92% ont trait à des difficultés psychologiques, telles que anxiété, dépression, colère, pensées intrusives, perte de confiance en soi, etc.

Tableau 6 : Nature des séquelles dans le groupe cancer et dans le groupe contrôle.

Nature des séquelles	*Groupe cancer (% par rapport à l'échantillon total cancer)*	*Groupe contrôle (% par rapport à l'échantillon total contrôle)*	*Différence entre les deux groupes (χ^2 de conformité : valeur de p)*
Douleurs	35.2%	11.4%	0.001
Fatigue	25.5%	12.9%	0.001
Limitations à faire ce que l'on doit ou souhaite faire	27.2%	10.6%	0.001
Autres	15.1%	30.3%	0.001
Nature des séquelles "autres" en majorité	Physiques ou fonctionnelles liées au bras du côté opéré	Psychologiques : dépression, anxiété, colère, pensées intrusives	

Note : les femmes pouvaient cocher plusieurs séquelles, ces catégories ne sont donc pas exclusives les unes des autres.

3.2. Développement post-traumatique

3.2.1. Le développement post-traumatique pour le groupe cancer

Les scores moyens au PTGI sont donnés dans le tableau 7. On rappelle que les réponses aux items vont de 0 (je n'ai pas du tout vécu ce changement du fait de mon cancer) à 5 (j'ai totalement vécu ce changement du fait du mon cancer), en passant par 1 (très peu), 2 (peu), 3 (un peu), 4 (beaucoup). Ainsi, un score à une dimension significativement différent de la valeur "nombre d'items de la dimension*2" suggère un développement post-traumatique pour cette dimension qui va de "un peu" à "totalement", c'est-à-dire que l'on peut considérer comme vécu pour cette dimension. Comme le montre le tableau 7, les moyennes des dimensions sont toutes significativement différentes de la valeur de référence, et toutes dans le sens d'un score plus grand que cette valeur, à l'exception de la dimension spiritualité où le score est au contraire plus faible. Ainsi, selon ce codage, le développement post-traumatique est vécu pour les relations aux autres, les nouvelles opportunités, la force personnelle et l'appréciation de la vie, mais non pour la dimension spirituelle. De plus, le score total est aussi significativement supérieur à la valeur de référence, suggérant un PTG vécu globalement.

Tableau 7 : Moyennes des scores pour les différentes dimensions du PTGI dans le groupe cancer, comparées à la valeur de référence pour laquelle la dimension est vécue en moyenne de "un peu" à "totalement".

Dimensions du développement post-traumatique au PTGI	*Moyenne (Ecart-type)*	*Valeur référence du test T, pour laquelle la dimension peut-être considérée comme vécue*	*T-Test (valeur de p)*
Relations aux autres (étendue théorique : 0-35 ; 7 items)	21.6 (6.8)	14	0.001
Nouvelles opportunités (étendue théorique : 0-25 ; 5 items)	12.6 (6.2)	10	0.001
Force personnelle (étendue théorique : 0-20 ; 4 items)	12.3 (4.5)	8	0.001
Changements spirituels (étendue théorique : 0-10 ; 2 items)	3.3 (3.3)	4	0.001
Appréciation de la vie (étendue théorique : 0-15 ; 3 items)	10.1 (3.7)	6	0.001
Score total au PTGI (étendue théorique : 0-105 ; 21 items)	59.9 (20.0)	42	0.001

Pour étudier la prévalence du développement post-traumatique de façon détaillée, nous avons repris la méthode utilisée par Schroevers et Teo (2008). Les réponses à chaque item du

PTGI ont été dichotomisées. Ainsi, pour chaque item et donc pour chaque changement, un score initial de "pas du tout vécu" à "peu vécu" est transformé en un score de 0 (on considère alors que le changement lié à l'item n'est pas vécu), tandis qu'un item avec un score initial de "un peu" à "totalement" est transformé en un score de 1 (on considère alors que le changement lié à l'item est vécu). Un score total est à nouveau calculé, allant donc de 0 à 21, puisqu'il y a 21 items au total. En moyenne, sur les 21 items du PTGI, les femmes en rémission du cancer rapportent 15 changements vécus de "un peu" à "totalement" (M = 14.7, SD = 5.2). Dans la population contrôle, sans différence significative (p=0.492), les femmes rapportent également en moyenne 15 changements vécus de "un peu" à "totalement (M=15, SD = 4.8).

Le tableau 8 montre la prévalence du développement post-traumatique en utilisant cette méthode, uniquement pour les femmes cancéreuses.

Tableau 8 : Prévalence du développement post-traumatique pour le groupe cancer.

Numéro de l'item	Changement décrit par l'item	% de femmes ayant vécu ce changement
1.	J'ai changé de priorités dans la vie	67.8%
2.	**J'apprécie plus ma vie à sa vraie valeur**	**87.0%**
3.	Je me suis intéressée à de nouvelles choses	69.1%
4.	J'ai acquis plus de confiance en moi	63.8%
5.	*J'ai développé une certaine spiritualité*	*39.7%*
6.	Je vois mieux que je peux compter sur les autres en cas de problème	71.3%
7.	*J'ai donné une nouvelle direction à ma vie*	*55.4%*
8.	Je me sens plus proche des autres	84.4%
9.	Je suis plus encline à exprimer mes émotions	64.8%
10.	Je suis davantage capable de gérer des situations difficiles	77.9%
11.	Je fais de ma vie quelque chose de meilleur	70.4%
12.	J'accepte mieux la façon dont les choses se passent	78.2%
13.	**J'apprécie davantage chaque jour de ma vie**	**86.3%**
14.	*De nouvelles opportunités sont apparues qui ne seraient pas apparues autrement*	*38.1%*
15.	**J'ai plus de compassion pour les autres**	**87.3%**
16.	J'investis plus mes relations aux autres	76.5%
17.	J'essaie davantage de changer les choses qui ont besoin d'être changées	71.7%
18.	*J'ai une foi religieuse plus grande*	*36.5%*
19.	**J'ai découvert que je suis plus forte que ce que je pensais**	**86.3%**
20.	J'ai vraiment compris à quel point les gens pouvaient être formidables	81.4%
21.	J'accepte mieux d'avoir besoin des autres	75.2%

Les 4 changements les plus endossés (en gras) concernent l'appréciation de la vie (items 2 et 13), la compassion pour les autres (item 15), et un sentiment de force personnelle (item 19). Les changements les moins fréquents (en italique) concernent la spiritualité et la religion (items 5 et 18), ainsi que changements liés à de nouvelles opportunités (item 7 et 14).

Nous avons aussi comparé les moyennes des scores trouvées dans notre échantillon au PTGI, avec celles trouvées dans l'étude de Mols et al. (2007) sur des femmes à 10 ans du diagnostic du cancer du sein, sans récidive, d'une part, ainsi qu'avec une moyenne des moyennes trouvées par d'autres auteurs (Belizzi & Blank, 2006 ; Cordova et al., 2001 ; Sears et al., 2003 ; Weiss, 2002, 2004) sur des recherches à moins de 5 ans du diagnostic sans récidive (cf. Annexe 1, page 355, pour un récapitulatif de ces 5 recherches à court terme). Le tableau 9 fournit ces données. Dans notre échantillon, les relations aux autres et les nouvelles opportunités sont significativement différentes des valeurs trouvées sur les échantillons à court terme et à 10 ans du diagnostic, avec plus de développement dans notre échantillon sur ces deux dimensions. Le développement d'une force personnelle est aussi plus élevé dans notre échantillon que dans celui de Mols et al. (2007) à 10 ans du cancer, mais similaire à la valeur moyenne des études à court terme. Nous trouvons moins de changements spirituels que dans les études à court terme, mais plus que Mols et al. (2007) sur des femmes à 10 ans du diagnostic. Inversement, l'appréciation de la vie est plus forte à court terme que dans notre échantillon, qui dépasse en revanche la valeur trouvée à 10 ans du diagnostic par Mols et al. (2007). Globalement, on notera que, quelle que soit la dimension de développement considérée, en comparaison aux autres études, nous trouvons soit, significativement plus de développement, soit tout autant, mais jamais moins sauf pour les dimensions de la spiritualité et de l'appréciation de la vie, significativement plus élevées à court terme. Ces résultats suggèrent une certaine rémanence dans le temps du développement post-traumatique, confirmée par le fait qu'on ne note aucune corrélation dans notre échantillon entre le temps passé depuis le diagnostic et le développement post-traumatique, quelle que soit la dimension du développement (r=0.004, r=-0.022, r=0.030, r=0.051, r=0.01, r= 0.011, respectivement pour les dimensions des relations aux autres, des nouvelles opportunités, d'une nouvelle force personnelle, de la spiritualité, de l'appréciation de la vie, et du score global ; toutes non significatives).

Tableau 9 : Comparaisons des valeurs au PTGI dans différentes recherche, à court et long terme du diagnostic.

Dimensions du développement post-traumatique au PTGI	*Moyennes des moyennes d'études à court terme (≤5 ans)*	*Moyennes à précisément 10 ans du diagnostic (Mols et al., 2009)*	*Moyennes de notre échantillon, de 5 à 15 ans du diagnostic (N=307)*	*Différence entre notre échantillon et ceux d'études à court terme (T test : valeur de p)*	*Différence entre notre échantillon et celui de Mols et al. (2007) (T test : valeur de p)*
Relations aux autres (étendue théorique : 0-35)	20.5	19.9	21.6	0.004**	0.001**
Nouvelles opportunités (étendue : théorique : 0-25)	11.1	9.8	12.6	0.001**	0.001**
Force personnelle (étendue théorique : 0-20)	12.0	10.8	12.3	0.326	0.001**
Changements spirituels (étendue théorique : 0-10)	5.05	2.8	3.3	0.001**	0.003**
Appréciation de la vie (étendue théorique : 0-15)	10.6	9.6	10.1	0.022*	0.017*

**p<0.005, *p<0.05

3.2.2. Comparaison du développement post-traumatique avec une population contrôle

A internalité et situation sociodémographique égales, le développement post-traumatique évalué par le PTGI ne montre aucune différence entre les deux groupes, à l'exception des changements spirituels, plus développés dans le groupe contrôle (Tableau 10). Néanmoins, l'échantillon contrôle ayant été en partie constitué via une association catholique, cette unique différence au PTGI pourrait s'expliquer de ce fait.

Au niveau des échelles visuelles analogiques, les changements positifs perçus ne diffèrent pas selon le groupe, tandis que le groupe contrôle perçoit significativement plus de changements négatifs que le groupe cancer.

Tableau 10 : Moyennes des scores au PTGI pour le groupe cancer et le groupe contrôle.

Dimensions du développement post-traumatique	*Groupe cancer (N=307)*	*Groupe contrôle (N=132)*	*ANCOVA (valeur de p)*
Relations aux autres (PTGI)	21.6 (6.8)	21.1 (6.5)	0.485
Nouvelles opportunités (PTGI)	12.6 (6.2)	13.4 (6.1)	0.649
Force personnelle (PTGI)	12.3 (4.5)	12.3 (4.5)	0.747
Changements spirituels (PTGI)	3.3 (3.3)	4.1 (3.6)	0.015*
Appréciation de la vie (PTGI)	10.1 (3.7)	9.9 (3.5)	0.281
Score total au PTGI	59.9 (20.0)	60.8 (18.6)	0.963
Changements positifs (échelle visuelle analogique)	5.2 (3.0)	5.0 (3.2)	0.238
Changements négatifs (EVA)	3.1 (2.7)	3.4 (3)	0.002**

Afin d'affiner les résultats obtenus par les échelles visuelles analogiques sur les changements positifs et négatifs, nous avons calculé le pourcentage de femmes, pour chaque groupe, cancer et contrôle : rapportant des changements positifs à hauteur de 7/10 ou plus à l'échelle visuelle analogique (EVA) ; rapportant des changements négatifs à hauteur de 7/10 ou plus ; percevant actuellement l'événement stressant comme essentiellement positif (score positif ≥7 et négatif ≤3), essentiellement négatif (score négatif ≥7 et positif ≤3), neutre (négatif et positif ≤3), ou extrême aux deux pôles, c'est-à-dire à la fois très positif et très négatif (négatif et positif ≥7). Les résultats (Tableau 11) montrent que, pour le cancer comme pour d'autres événements, environ 40% des femmes interrogées perçoivent actuellement cet événement positivement à hauteur d'au moins 7/10, sans différence pour les deux groupes. Dix neuf pour cent du groupe contrôle perçoit l'événement comme négatif à hauteur d'au moins 7/10 contre 11% pour le groupe cancer, avec une différence significative entre les deux groupes. Dans les deux groupes, environ 30% des femmes ont, à long terme, une vision essentiellement positive de l'événement (valence positive) sans différence significative entre les deux groupes, tandis que les femmes du groupe contrôle sont plus nombreuses que celles du groupe cancer à avoir une vision essentiellement négative de l'événement de référence (9% contre 6%). Quel que soit l'événement, il semble neutre quant aux changements à long terme pour 20% des femmes interrogées. Enfin, pour 7.6% des femmes du groupe contrôle, l'événement a provoqué beaucoup de changements positifs et négatifs, contre 5% des femmes après le cancer (p =0.027).

Tableau 11 : Valence des changements perçus dans les deux groupes.

Valence de l'événement en termes de changements	*Groupe cancer*	*Groupe contrôle*	*Différence entre les deux groupes (χ^2 de conformité : valeur de p)*
Changements positifs ≥7	40%	41%	0.962
Changements négatifs ≥7	11%	19%	0.001
Valence positive (positif ≥7 et négatif ≤3)	31.5%	27%	0.067
Valence négative (négatif ≥7 et positif ≤3)	6%	9%	0.024
Evénement neutre (négatif et positif ≤3)	20%	20%	1
Evénement intense aux deux pôles (négatif et positif ≥7)	5%	7.6%	0.027

3.3. Qualité de vie et développement post-traumatique : quel lien?

Les corrélations entre qualité de vie et développement post-traumatique sont montrées dans le tableau 12. La vitalité, dimension de la qualité de vie mentale, est la dimension la plus corrélée au développement post-traumatique, sauf pour les changements spirituels. La santé mentale du SF-36 montre aussi un lien positif avec le développement des relations aux autres, de l'appréciation de la vie et du score total de développement. Le score composite mental du SF-36 est aussi corrélé aux relations aux autres et au développement d'une force personnelle. On ne note aucune autre corrélation entre les aspects mentaux de la qualité de vie et le PTGI. Le PTGI n'est ainsi corrélé ni à la vie sociale, ni aux limitations dues à l'état psychique du SF-36. En ce qui concerne les dimensions physiques du SF-36, on note des corrélations négatives entre les changements spirituels et les limitations et douleurs physiques, ainsi qu'entre spiritualité au PTGI et score composite physique au SF-36. De plus, le développement d'une force personnelle s'associe positivement à la santé perçue au SF-36.

Le sentiment de bonheur évalué sur une échelle visuelle analogique et les émotions positives à la QLACS s'accompagnent de plus développement post-traumatique sur toutes les dimensions du PTGI, à l'exception des changements spirituels.

Tableau 12 : Corrélations entre le développement post-traumatique et la qualité de vie pour le groupe cancer.

PTG (PTGI) *Qualité de vie au SF-36, et sentiment de bonheur (EVA)*	*Relations aux autres*	*Nouvelles opportunités*	*Force personnelle*	*Changements spirituels*	*Appréciation de la vie*	*PTGI Score total*
Sentiment de bonheur (EVA)	0.28**	0.21**	0.17**	0.07	0.28**	0.26**
Emotions positives (QLACS)	-0.16**	-0.21**	-0.18**	-0.07	-0.21**	-0.21**
Vitalité (SF-36)	0.19**	0.16**	0.23**	-0.03	0.15**	0.19**
Santé mentale (SF-36)	0.15*	0.06	0.10	0.02	0.14*	0.12*
Vie et relations avec les autres (SF-36)	0.09	-0.05	0.04	-0.09	0.00	0.01
Limitations dues à l'état psychique (SF-36)	0.05	0.01	0.06	-0.09	0.01	0.02
Score composite mental (SF-36)	0.14*	0.05	0.12*	-0.02	0.09	0.10
Activité physique (SF-36)	-0.01	0.02	0.03	-0.10	0.03	0.00
Limitations dues à l'état physique (SF-36)	0.04	-0.01	0.02	-0.15**	-0.02	-0.02
Douleurs physiques (SF-36)	0.05	0.02	0.05	-0.18**	0.04	0.01
Santé perçue (SF-36)	0.06	0.10	0.18**	-0.02	0.06	0.10
Score composite physique (SF-36)	-0.01	0.01	0.03	-0.16**	-0.00	-0.02

*p<0.05; **p<0.01 ; pour rappel, un score élevé sur la dimension des émotions positives à la QLACS indique peu d'émotions positives.

4. Discussion

L'objectif de cette étude était de décrire la qualité de vie, les séquelles et le développement post-traumatique de 5 à 15 ans d'un cancer du sein sans récidive, ainsi que le lien entre qualité de vie et développement. Avant de synthétiser nos résultats, nous proposons une discussion spécifique sur chacun de ces points.

4.1. Qualité de vie et séquelles

Conformément à notre hypothèse et aux études antérieures, la qualité de vie des femmes à long terme d'un cancer du sein est tout à fait correcte. En comparaison avec les valeurs françaises d'une population de femmes tout venant (Leplège et al., 2001), les femmes anciennement cancéreuses présentent même une meilleure activité physique et moins de douleurs, ce qui irait dans le sens de l'étude nationale de Peuckmann et al. (2007) montrant une meilleure santé perçue après un cancer du sein. Cependant, toujours en comparaison avec ces données françaises, et dans la ligne de plusieurs travaux (Amir & Ramati, 2002 ; Peuckmann et al., 2007), la santé psychique et la vitalité sont moins bonnes après le cancer. Ces premiers résultats sont à prendre avec précaution car ils ne permettent pas de contrôle des variables sociodémographiques et de personnalité pouvant influencer la qualité de vie.

Pour pallier cet inconvénient, nous avons aussi comparé les données de la population cancer avec celles d'une population contrôle de femmes d'âges équivalents. Là encore, les femmes ayant eu le cancer se portent mieux physiquement, avec moins de limitations et de douleurs physiques, et un score composite physique au SF-36 supérieur à leurs pairs contrôles. Cette comparaison montre aussi une meilleure qualité de vie sur la dimension de la vie et des relations avec les autres pour les femmes ayant eu le cancer, résultat déjà trouvé par O'Sullivan (2001) chez des femmes de 5 à 7 ans du diagnostic. Rappelons que cette dimension évalue à quel degré une personne a été gênée dans sa vie sociale et dans ses relations avec les autres, sa famille, ses amis, ses connaissances, du fait de son état de santé physique ou émotionnel. Dans la mesure où les femmes ayant eu le cancer se portent tout aussi bien ou mieux que les femmes de la population contrôle sur toutes les dimensions du SF-36, il paraît logique qu'elles soient peu gênées par leur santé physique ou psychique dans leurs relations aux autres.

A côté de la qualité de vie au SF-36, on ne note pas de différence sur le sentiment de bonheur évalué sur une échelle visuelle analogique, ni sur les émotions positives évaluées à la

QLACS. En revanche, la qualité de vie sexuelle des femmes (aussi évaluée par la QLACS) est significativement moins satisfaisante pour celles qui ont eu le cancer du sein, avec contrôle de l'affectivité positive et de l'optimisme. Ces résultats confirment ceux déjà établis sur les problèmes sexuels suite au cancer à court terme (Ganz et al., 1998 ; Takahashi & Kai, 2005), comme à long terme, notamment du fait des effets rémanents de la chimiothérapie provoquant une sécheresse vaginale (Bloom et al., 2004 ; Broecket et al., 2002 ; Casso et al., 2004 ; Paskett et al., 2008 ; Mols et al., 2005). Il est intéressant de noter que nous n'avons pu contrôler l'internalité dans nos analyses sur cette question, car si chez les femmes cancéreuses comme chez les femmes contrôles l'internalité s'accompagnait d'une meilleure qualité de vie sexuelle, cet effet était faible chez les femmes cancéreuses et assez fort chez les femmes contrôles, ce qui montre donc une interaction entre groupe et internalité pour prédire la qualité de vie sexuelle (ce qui empêche de contrôler l'internalité). Cela montre donc que l'internalité (et indirectement peut-être la croyance que l'on a un certain contrôle sur sa vie sexuelle) ne peut compenser qu'en partie seulement les effets délétères et rémanents des traitements. Sans être fataliste ou pessimiste, d'un point de vue clinique, il convient de prendre en compte ces informations afin de ne pas trop laisser penser aux femmes qu'il ne tient qu'à elles d'améliorer leur vie sexuelle après le cancer, car nos résultats montrent que leur marge de manœuvre est réduite face aux effets des traitements. En effet, une telle attitude pourrait facilement entraîner une culpabilité à ne pas arriver à surmonter les difficultés sexuelles, qui viendrait s'ajouter à la culpabilité parfois déjà présente du simple fait d'être malade. Ainsi, c'est aux praticiens de trouver le juste équilibre entre un encouragement des femmes à renouer avec une vie sexuelle la plus satisfaisante possible et une mise en garde sur les difficultés inévitables qu'elles risquent de rencontrer.

Finalement chez les femmes en rémission à long terme, à l'exception d'une qualité de vie sexuelle diminuée, on retiendra une qualité de vie tout à fait correcte, et même supérieure à une population contrôle sur les dimensions physique et sociale. Malgré cela, 34% des femmes en rémission déclarent encore des séquelles assez ou très gênantes de 5 à 15 ans de leur cancer. Ce pourcentage rejoint parfaitement ceux de recherches précédentes comparables sur le cancer du sein (Casso et al., 2004 ; Porter et al., 2006). Au regard des 53% de séquelles assez ou très gênantes rapportées à deux ans du cancer du sein (DRESS, 2008), ce pourcentage de 34% indique une baisse significative des séquelles après 2 ans de rémission, bien qu'une femme sur trois soit encore gênée à long terme. En revanche, comme on peut s'y attendre, les séquelles sont de différentes natures après un cancer versus après d'autres événements. Les séquelles rapportées après le cancer sont surtout des douleurs (35%), de la

fatigue (25%), des limitations (17%), majoritairement liées au bras du côté opéré, ainsi qu'une peur fréquente d'une rechute du cancer pour un tiers de l'échantillon. Ces séquelles correspondent à celles déjà notées dans la littérature, qu'il s'agisse des problèmes liés au bras (Bloom et al., 2004 ; Dow et al., 1996 ; Fehlauer et al., 2005 ; Mols et al., 2005 ; Paskett et al., 2008), de la fatigue (Avis et al., 2005 ; Dow et al., 1996) ou de la peur persistante d'une récidive malgré les années (Avis et al., 2005 ; Bower et al., 2005 ; Deimling et al., 2002 ; Dow et al., 1996). Dans notre échantillon, 30% des femmes expriment d'ailleurs une peur de la rechute allant de "fréquente" à "toujours", ce qui s'accorde aussi avec des résultats antérieurs où, à plus de 5 ans du diagnostic d'un cancer, un quart des personnes avoue des inquiétudes régulières ou fréquentes quant à une éventuelle rechute (Bower et al., 2005 ; Schroevers et al., 2006). Les séquelles rapportées dans la population contrôle sont en revanche psychologiques à 90% (dépression, anxiété, colère, perte de confiance en soi, etc.). Bien qu'elles soient de natures différentes, dans le cas du cancer comme après divers événements, environ un tiers des femmes rapportent des séquelles assez ou très gênantes, et la différence n'est pas significative entre les deux.

Finalement, en constatant que les séquelles post-cancéreuses sont en majorité physiques et liées à des douleurs, on peut s'étonner d'avoir parallèlement trouvé une qualité de vie physique correcte et même supérieure à celle d'une population contrôle, notamment sur la dimension de la douleur. Plusieurs hypothèses sont possibles. Tout d'abord, il est probable qu'après leur cancer, les femmes aient moins d'attentes vis-à-vis de leur santé et s'estiment ainsi en bonne santé, relativement à leur statut de personnes en rémission (Friedman et al., 2006 ; Leplège, 2008 ; Razavi et al., 2002). Ce processus de changements de valeurs, d'attentes et de standards internes suite à une maladie et à un traitement, amène les personnes à une évaluation de leur qualité de vie en fonction de leurs nouvelles références, ce qui peut masquer certains problèmes liés à la maladie (Ring, Höfer, Heuston, Harris & O'Boyle, 2005). Ce phénomène, nommé "*response shift*" en anglais, a déjà été mis en évidence comme biais et problème de l'évaluation de la qualité de vie subjective (Ibid), et pourrait en partie expliquer nos résultats. On peut aussi imaginer qu'après un cancer du sein, les femmes se fassent plus suivre médicalement, ce qui pourrait augmenter leur qualité de vie physique. Par exemple, la prise en charge des douleurs liées au bras évite sans doute aussi les douleurs liées à l'âge, peut-être moins bien traitées dans une population contrôle. Dans la même idée, on sait que les personnes ayant eu un cancer adoptent souvent de meilleurs comportements de santé en conséquence (Bower et al., 2005 ; Massey et al., 1998 ; Park, 2004 ; Pinquart et al., 2007 ; Tomich et al., 2005), ce qui pourrait tout à fait impacter leur qualité de vie physique.

4.2. Développement post-traumatique, changements positifs et négatifs

Conformément à la littérature, nos résultats attestent d'un développement post-traumatique à long terme du cancer du sein (Dow et al., 1996 ; Fredette, 1995 ; Lechner et al., 2006 ; Mols et al., 2009 ; Tomich & Helgeson, 2002 ; Tomich et al., 2005). Parmi les 21 items du PTGI, en moyenne, 15 sont encore vécus de "un peu" à "totalement" dans notre échantillon, contre 17 à en moyenne 4 ans de divers cancers (Schroevers & Teo, 2008). Plus précisément, le développement concerne toutes les dimensions du PTGI, à l'exception des changements spirituels. Contrairement à Mols et al. (2009), nous avons aussi trouvé un développement lié à de nouvelles opportunités, bien que l'examen des items du PTGI montre que deux items de la dimension "nouvelles opportunités" figurent parmi les changements les moins rapportés après le cancer du sein. Dans notre recherche comme dans d'autres (Fredette, 1995 ; Tomich et al., 2005 ; Tomich & Helgeson, 2002), la prévalence de développement est la plus forte pour l'appréciation de la vie, la compassion aux autres et le sentiment d'une nouvelle force personnelle. Contrairement à deux études à moins de 5 ans du diagnostic (Cordova et al., 2001 ; Tomich et al., 2005), nous n'avons pas trouvé plus de développement post-traumatique au PTGI ou de changements positifs évalués sur une échelle visuelle analogique dans la population cancéreuse que dans la population contrôle. Seul le développement spirituel est plus fort dans la population contrôle, mais du fait de son recrutement en partie via une association catholique, nous ne pouvons garantir la validité de ce constat. Nos résultats vont en revanche dans le sens de ceux de Schroevers et al. (2006) où, à 8 ans du diagnostic d'un cancer du sein, les femmes en rémission ne déclarent pas plus de changements positifs du fait de leur cancer que d'autres femmes évaluant les changements vécus depuis 8 ans, sans référence à un événement en particulier. Qu'elle que soit sa nature et sa fonction, la perception de changements positifs à long terme d'un cancer du sein, est donc une réalité, mais qui n'est ni plus forte ni moins forte qu'à long terme d'autres événements de vie difficiles.

Afin de voir dans quelle mesure les changements positifs rapportés s'accompagnent de changements négatifs, il nous semblait important de mettre les deux en regard l'un de l'autre. Tout d'abord, dans le cas du cancer comme dans le cas d'autres événements, pour 20% des femmes, l'événement n'a provoqué ni changements positifs ni changements négatifs perçus, et peut donc être considéré comme neutre à long terme. Ensuite, nos analyses montrent que, dans la population cancéreuse comme dans la population contrôle, environ un tiers des femmes estiment l'événement comme ayant provoqué essentiellement des changements

positifs par rapport aux changements négatifs (valence positive). Si ce pourcentage paraît déjà important, notons qu'à moins d'un an des traitements, il a aussi été trouvé à 33% (Allen et al., 2008), et qu'à 5 ans du diagnostic, il a même été trouvé à 42% (Tomich et al., 2005). En revanche, le cancer est perçu comme significativement moins négatif que les événements de référence de la population contrôle. A long terme, le cancer du sein laisserait donc moins de séquelles (au sens large) que les événements de vie rapportés par les femmes contrôles (deuils, problèmes de santé de proches, problèmes familiaux, etc.). Nos analyses sur la valence dominante de l'événement (positif ou négatif) confirment cela puisque, dans la population contrôle, 9% des femmes estiment l'événement de référence comme essentiellement négatif, contre 6% dans le cas du cancer, et cette différence est significative. Tomich et al. (2005), avaient également trouvé que, à 5 ans du diagnostic, le cancer du sein est perçu comme essentiellement ou totalement négatif par seulement 4% des femmes, alors que ce chiffre montait à 18% pour les femmes de leur population contrôle qui faisaient référence à l'événement le plus stressant de leur choix (qui devait remonter à approximativement 5 ans pour appariement). Il est intéressant de constater qu'à moins d'un ans des traitements du cancer du sein, 55% des femmes rapportaient des changements négatifs (Allen et al., 2008). Nos résultats comme ceux de Tomich et al. (2005) montrent donc une nette amélioration avec le temps. Enfin, seules 5% des femmes en rémission rapportent à la fois beaucoup de changements positifs et négatifs (événement intense aux deux pôles). Bien que ce pourcentage soit significativement plus élevé dans la population contrôle, il reste faible également, 7.6%, montrant qu'un événement est rarement perçu comme fortement positif et négatif à la fois. Dans la population cancéreuse, nous avons d'ailleurs trouvé une corrélation de -0.12 ($p<0.05$) entre changements négatifs et positifs, et de -0.09 (ns) dans la population contrôle. Ces corrélations sont loin de celle de 0.37 entre les changements positifs et le sentiment de vulnérabilité à moins de 5 ans d'un cancer du sein (Bower et al., 2005). Ces résultats suggèrent qu'avec le temps, la valence de l'événement tendrait plus vers un pôle que vers un autre.

Finalement, en termes de développement post-traumatique et de changements positifs, le cancer du sein ne se démarque ni en qualité, ni en quantité, d'autres événements de vie. A long terme, il laisse en revanche moins de changements négatifs. Sans minimiser la gravité et les conséquences d'un cancer du sein, ces données permettent cependant d'en relativiser l'impact à long terme, et expliquent peut-être en partie pourquoi la qualité de vie est tout à fait satisfaisante à long terme du cancer.

4.3. Qualité de vie et développement post-traumatique

A l'exception des changements spirituels, toutes les dimensions du développement post-traumatique après un cancer du sein sont corrélées positivement à la vitalité au SF-36, le sentiment de bonheur (évalué par une échelle visuelle analogique) et les émotions positives de la QLACS. Le développement post-traumatique est donc bien corrélé à des issues positives (Mols et al., 2009 ; Pinquart et al., 2007). Cependant, le score composite mental du SF-36 n'est corrélé qu'aux relations aux autres et à la force personnelle au PTGI, et deux dimensions du SF-36 (vie et relations avec les autres, limitations dues à l'était psychique) ne montrent aucune corrélation avec le développement. De plus, si le développement a été trouvé positivement associé à des issues physiques (Affleck et al., 1987 ; Bower et al., 1998 ; Epel et al., 1998 ; Evers et al., 2001), nous rejoignons pourtant les conclusions de Mols et al. (2009) sur l'absence de lien entre qualité de vie physique et PTG, bien que nous ayons constaté une corrélation positive entre la santé perçue au SF-36 et le développement d'une force personnelle au PTGI, ainsi qu'entre la vitalité et toutes les dimensions du développement. De plus, nous avons trouvé que le développement spirituel s'accompagnait même de limitations dues à l'état physique et de douleurs au SF-36. Dans la même idée, Lehman et al. (1993) avaient observé que le développement post-traumatique relationnel après un deuil était associé à plus de dépression, d'anxiété et de somatisation. Finalement, à l'exception du sentiment de bonheur, de la vitalité et des émotions positives corrélées positivement au développement, nos résultats ne sont guère homogènes quant au lien entre qualité de vie et développement post-traumatique, et iraient plutôt dans le courant des études ne trouvant pas de lien entre les deux issues (Avis et al., 2005 ; Helgeson et al., 2006 ; Lehman et al., 1993 ; Tomich & Helgeson, 2002). Ce constat soulève la question de la nature, réelle ou illusoire, du développement post-traumatique. On peut penser que, si le développement post-traumatique est effectif et réel, il devrait s'associer à une meilleure qualité de vie. Si au contraire, comme le soutiennent de nombreuses recherches (Affleck & Tennen, 1996 ; McFarland & Alvaro, 2000 ; Morrill et al., 2008 ; Schwarzer et al., 2006 ; Taylor, 1983 ; Widows et al., 2005), le PTG est une illusion, générée par un stress et des difficultés perçues, qui viserait à préserver une impression de bien-être malgré l'adversité d'une situation, son association avec la qualité de vie ne peut être envisagée. On peut aussi substituer à la vision manichéenne du développement post-traumatique réel ou illusoire, la conception plus nuancée de Zoellner et Maercker (2006) du développement comme la double face de Janus, donc tantôt réel, tantôt illusoire. Cette conception donnerait un sens à nos résultats montrant à la fois un lien négatif entre

développement spirituel et qualité de vie physique, et un lien positif entre développement et vitalité. Enfin, dans le même esprit, une vision moins manichéenne des changements, en ce qui concerne leur valence, négative ou positive, permettrait de mieux comprendre le lien complexe entre PTG et qualité de vie. Comme le soulignent certains auteurs (Lehman et al., 1993 ; Sumalla et al., 2009), le développement post-traumatique ne peut jamais être totalement positif de par sa nature même, qui provient d'un traumatisme, ou du moins d'un stress important. Ainsi en filigrane du PTG se trouvent toujours l'événement douloureux et le stress qui lui est associé, comme en atteste la corrélation entre les pensées intrusives liées à l'événement et le développement (Helgeson et al., 2006). Il faut donc garder à l'esprit que les éléments positifs du développement n'existent précisément que dans l'ombre du traumatisme et de ses séquelles éventuelles. Par exemple, si les personnes rapportent plus d'appréciation, c'est sans doute parce qu'elles ont pris conscience de la rapidité avec laquelle cette vie peut être enlevée. Dans le champs d'une plus grande appréciation de la vie se trouve donc possiblement un sentiment d'insécurité.

4.4. Conclusion

Par rapport à la littérature existante, cette recherche présente l'avantage d'allier l'étude simultanée de la qualité de vie et du développement post-traumatique et la présence d'une population contrôle faisant référence à divers événements stressants. La variété des événements de vie rapportés par les femmes contrôles est aussi une limite. Une ouverture intéressante à ce titre serait par exemple de comparer le cancer du sein à d'autres événements uniquement liés à la santé, ou au contraire à des événements de nature totalement différente.

Pour résumer, nos analyses descriptives rendent compte d'une qualité de vie correcte à long terme d'un cancer du sein, et même supérieure à celle d'une population contrôle sur certaines dimensions physiques, ainsi que sur la dimension des relations avec les autres. Malgré cela, un tiers des femmes rapporte encore des séquelles assez ou très gênantes, surtout physiques et liées au bras du côté opéré. Bien que les séquelles soient de nature différente dans la population contrôle, surtout psychologiques, en quantité, un tiers des femmes déclare également des séquelles assez ou très gênantes en lien avec leur événement de référence. Le cancer du sein laisse même moins de changements négatifs perçus que d'autres événements de vie difficile. Parallèlement, à long terme du cancer, le développement post-traumatique est

aussi mis en évidence sur toutes les dimensions du PTGI à l'exception de la spiritualité. Ce développement est similaire en quantité comme en qualité (différentes dimensions du PTGI) à celui d'une population contrôle, et s'avère peu lié à la qualité de vie mentale et physique, mais bien au sentiment de bonheur et aux émotions positives. Dans l'ensemble, notre étude ne montre pas de spécificité majeure des femmes ayant eu le cancer du sein par rapport à une population contrôle.

Etude 2. Le développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein : étude qualitative

1. Introduction

Bien qu'exhaustif, le Post-Traumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996) ne peut capturer toutes les formes de développement. En effet, il a été démontré que le développement post-traumatique peut également se traduire par plus de patience, d'acceptation, d'aide à autrui, par des comportements de santé plus adéquats, etc., autant d'éléments qui ne sont effectivement pas pris en compte tels quels par le PTGI (Massey et al., 1998 ; Park, 2004 ; Tomich, Helgeson & Vache, 2005). En outre, le PTGI, comme tous les autres questionnaires de développement post-traumatique, se focalise exclusivement sur les aspects positifs du développement (Massey et al., 1998). Il ne prend ainsi pas en compte le paradoxe fondamental inhérent à cette théorie (Calhoun & Tedeschi, 2004), d'un développement rendu possible précisément par l'aspect traumatique de l'événement, se traduisant par exemple par un haut niveau de stress perçu lors de l'événement et/ou par des séquelles laissées. Contrairement aux questionnaires, l'entretien ouvert, en laissant des "*free spaces*" aux interviewées, selon l'expression de Massey et al., (1998), permettra précisément de prendre en compte le contexte global de l'objet étudié (Santiago, 2002, 2007), ici le développement, mettant ainsi en évidence, si la théorie se vérifie, ce paradoxe fondamental. Enfin, comme le soulignent Pinquart et al. (2007), la simple présence d'un questionnaire sur les changements positifs peut induire le rapport de tels changements, alors qu'ils n'existent pas (ou pas autant) en réalité. C'est dans l'optique de pallier ces trois inconvénients que des entretiens ont été réalisés.

Cette étude a donc pour objectif de suppléer le PTGI pour, d'une part, voir dans quelle mesure et dans quel contexte le développement post-traumatique émerge lors d'entretiens ouverts, d'autre part examiner sa nature et son association éventuelle avec d'autres variables.

2. Recueil et analyse des données

2.1. Recueil des données

Après avoir reçu les questionnaires remplis par les femmes ayant participé à l'étude, nous en avons contacté certaines par téléphone pour passer un entretien. L'entretien était présenté comme étant un complément au questionnaire, dans le sens où, à l'inverse de ce dernier, on n'allait pas leur poser beaucoup de questions, mais plutôt écouter ce qu'elles avaient à nous dire, spontanément et librement à propos de leur expérience du cancer. On expliquait également que l'entretien serait enregistré et ferait l'objet d'un traitement anonyme à l'aide d'un logiciel. Si la personne était d'accord, un rendez-vous était fixé à sa convenance pour le jour, l'horaire et la modalité de l'entretien, soit par téléphone, soit à son domicile ou au Centre de Lutte Contre le Cancer de Nantes (CLCC). Deux entretiens ont été réalisés au CLCC, trois à domicile et les autres par téléphone. Parmi les femmes contactées, une seule a refusé, déclarant qu'elle n'aurait vraiment rien à dire sur cette expérience qui n'avait pas été significative pour elle, ce qui est en accord avec le résultat de l'étude 1 attestant que pour 20% des personnes, le cancer du sein peut être considéré comme un événement neutre (voir étude 1, tableau 11, page 191).

Les entretiens effectués étaient semi-directifs et contenaient systématiquement les trois questions suivantes posées dans le même ordre à chaque entretien :

1. "*Je voudrais que vous me racontiez votre expérience du cancer, comme vous le souhaitez, que vous me disiez comment ça s'est passé pour vous, ce qui vous a marqué, ce qui a été important pour vous, ce qui ne l'a pas été non plus, ce que vous avez ressenti, etc. En bref, je voudrais que vous me racontiez votre expérience du cancer comme vous, vous l'avez vécue.*". Au-delà de l'intérêt pour la réponse à cette question, cette première question avait surtout pour objectif de mettre la personne en confiance par rapport au déroulement non directif de l'entretien. Ainsi, on laissait la personne s'exprimer sans la couper, jusqu'à ce qu'elle s'arrête d'elle-même.

La seconde question était formulée ainsi :

2. "*Est-ce que vous avez le sentiment que le fait d'avoir eu un cancer a changé des choses dans votre vie ou en vous, et des choses qui resteraient encore aujourd'hui, ou est-ce qu'à l'inverse, vous avez le sentiment que le cancer n'a pas modifié votre vie ou votre personne?*". On précise que, même si la personne semblait déjà avoir répondu à cette seconde question dans son récit à la première question, on reposait textuellement la question. Cela nous a

permis de remarquer que, dans certains cas, alors que le sujet avait décrit spontanément des changements positifs dans la première question (une autre façon de voir la vie par exemple), cette question suscitait pourtant le rapport de changements négatifs (pertes physiques ou financières), ou inversement.

Enfin, la dernière question était extrêmement ouverte :

3. "*Est-ce que vous voudriez ajouter quelque chose dans cet entretien que vous avez envie de dire, ou quelque chose que vous auriez oublié de dire, ou même insister sur quelque chose que vous auriez déjà dit mais qui vous parait important?"* Cette question très ouverte, en fin d'entretien, a par exemple permis à certaines femmes qui n'avaient pas osé en parler avant, d'aborder le thème de la sexualité après le cancer.

Dans la majorité des entretiens, on ne posait que ces trois questions. Quelquefois, lorsque la personne était peu prolixe ou bien lorsqu'elle demandait à ce qu'on lui pose plus de questions, on orientait alors un peu plus l'entretien avec des questions supplémentaires. Ces questions avaient trait aux stratégies de coping utilisées par la personne, au soutien reçu, à ce qui l'avait le plus aidé dans la maladie, le plus marqué, au développement d'une éventuelle spiritualité depuis la maladie, ainsi qu'aux changements vécus sous forme de bilan (on demandait ainsi "*dans les changements que vous avez cités, lesquels considérez vous comme plutôt positifs, et lesquels comme plutôt négatifs*?").

Les analyses qui suivent portent sur 28 entretiens, d'une durée moyenne de 55 minutes (SD = 33), allant de 18 minutes à 2h58, retranscrits intégralement et constituant un corpus totalement anonyme de 194 pages en interligne 1 (représentant donc près de 28h de discours). Précisons aussi que quelques entretiens préliminaires à ces 28 ont été réalisés afin d'établir la grille d'entretien décrite et de la tester. En raison du fait qu'ils n'étaient pas harmonisés avec les autres, nous ne les avons pas gardés pour cette analyse. De plus, 4 entretiens n'ont pu être retenus, car il s'agissait de femmes qui avaient eu récemment une récidive ou un autre cancer, et qui n'étaient, soit pas soignées à nouveau au Centre de Lutte Contre le Cancer de St-Herblain, soit soignée là-bas, mais pas encore mises à jour sur la base de données du centre. De même, parmi les 28 entretiens retenus, l'un contient le cas d'une femme qui était dans l'attente de résultats d'examens pour le diagnostic éventuel d'un nouveau cancer.

2.2. Caractéristiques des participantes interrogées

Les personnes ayant passé l'entretien n'ont pas été sélectionnées totalement au hasard. En effet, notre objectif étant de décrire qualitativement le développement post-traumatique, nous avons plutôt choisi des personnes dont le questionnaire montrait un certain niveau de développement post-traumatique au Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI). Ainsi un test T pour échantillons indépendants, entre les 28 personnes ayant passé l'entretien par rapport aux 307 autres n'ayant pas passé l'entretien, montre une différence de moyenne au score total du PTGI de -7.58, IC : [-15.7 ; 0.5], qui bien que n'étant pas significative au seuil conventionnel de 5%, puisque $t(363) = -1.83$, $p = 0.068$, révèle que les personnes ayant passé l'entretien ont tendance à rapporter légèrement plus de développement post-traumatique que les autres, ce qui était effectivement le but recherché.

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques des 28 personnes interrogées, la moyenne d'âge du groupe est de 61 ans (SD = 6,5), avec une étendue de 48 à 77 ans. En moyenne, ces personnes sont à 11 ans du diagnostic (SD = 3), avec une étendue de 5 à 15 ans ; la majorité déclare financièrement "*s'en sortir mais sans plus*" ou être "*plutôt à l'aise*", vivre en couple, être à la retraite et avoir un diplôme inférieur au premier cycle universitaire. Médicalement, 40% a eu de la chimiothérapie, la moitié ressent aujourd'hui des séquelles assez ou très gênantes, et la majorité avait un cancer au stade I ou II au diagnostic. Enfin, toutes sont sans récidive ou autre cancer depuis le premier. L'ensemble de ces caractéristiques figure dans le tableau 13 suivant.

Tableau 13 : Caractéristiques sociodémographiques et médicales des femmes ayant passé l'entretien.

Caractéristiques	*Modalités*	*N*	*%*
Age actuel	<60 ans	13	46.4
	De 60 à 70 ans	13	46.4
	>70 ans	2	7.1
Temps depuis le diagnostic	5 à 10 ans	13	46.4
	11 à 15 ans	15	53.6
Ressenti financier	Plutôt difficile	2	7.1
	Ok ("*s'en sortir mais sans plus*")	15	53.6
	Plutôt à l'aise	11	39.3
Situation familiale actuelle	Vit seule	7	25
	Vit en couple	21	75
Situation professionnelle actuelle	Inactive ou à la retraite	18	64.3
	En activité	9	32.1
	Au chômage	1	3.6
Diplôme	<BAC	16	57
	BAC ou 1er cycle universitaire	9	32
	2e cycle universitaire et +	3	11
Chimiothérapie	Oui	11	40
	Non	17	60
Séquelles du cancer et/ou des traitements	Pas de séquelles, ou peu gênantes	14	50
	Assez ou très gênantes	14	50
Stade de la tumeur au diagnostic	Stade I	12	43
	Stade II	13	46
	Stade III	1	4
	Ne sait pas	2	7

2.3. Traitement des données

Les entretiens ont fait l'objet d'un traitement par le logiciel d'analyse textuelle Alceste (Analyse des Lexèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un TExte), un des plus utilisés dans le domaine de la recherche (Guérin-Pace, 1997), et tout à fait adapté à l'analyse d'entretiens semi-directifs (Reinert, 1986). Le principe d'Alceste est le suivant. Ce logiciel découpe le corpus en Unités de Contexte Elémentaires (UCE), qui représentent quelques lignes consécutives du corpus. Il procède aussi à une lemmatisation, soit à un regroupement des mots selon leur racine (exemple "*psycholog+*" signifie un regroupement des mots tels que psychologie, psychologue, pyschologique, etc.). Ensuite, par une procédure itérative, le programme scinde le corpus en deux classes d'énoncés significatifs qui doivent être les plus éloignées possibles au regard de la distribution lexicale, tout en étant chacune la plus homogène possible selon ce même critère. Puis, la procédure continue avec la plus grande des deux classes restantes, puis à nouveau, etc., jusqu'à ce que le nombre d'itérations demandées soit épuisé (Image, 2007). Cette procédure de Classification Descendante Hiérarchique

(C.D.H) aboutit donc à un certain nombre de classes thématiques, ou mondes lexicaux, représentant les différents thèmes du discours (Reinert, 1993). Chaque classe regroupe un ensemble de mots significatifs de cette classe. Le degré d'appartenance d'un mot à une classe s'exprime par un chi² d'association. Plus ce dernier est élevé, plus le mot est lié à la classe. A l'intérieur de chaque classe, Alceste procède aussi à une classification ascendante hiérarchique où sont regroupés les mots qui dans le texte, s'associent le plus souvent entre eux, permettant au chercheur de mieux comprendre le sens du discours.

Enfin, Alceste permet également de considérer le lien entre certaines variables introduites par le chercheur (sociodémographiques, médicales, etc.) et les classes définies par Alceste. Cela permet de voir si certains thèmes du discours sont caractéristiques de ces variables (par exemple, un thème peut s'avérer spécifique des personnes ayant reçu de la chimiothérapie). Là encore, un chi² d'association renseigne sur le lien entre variables et classes. Il est important de préciser que, compte tenu de la taille de l'échantillon, les associations mises en évidence par Alceste ne peuvent en aucun cas être généralisées à la population et ne concernent donc que cet échantillon.

Conformément à notre modèle théorique de référence (Bruchon-Schweitzer, 2002), nous avons voulu introduire des variables antécédentes (sociodémographiques, médicales, de personnalité) et transactionnelles (soutien social perçu, stress perçu, coping) comme potentiellement discriminantes d'un discours plus ou moins axé sur le développement post-traumatique. Les variables ont été choisies sur des bases théoriques et/ou exploratoires.

Les variables psychologiques que nous avons introduites sont : l'affectivité positive puisqu'elle a été trouvée associée au PTG dans les maladies chroniques (Abraïdo-Lanza et al., 1998) ; l'internalité à titre exploratoire, car comme le font remarquer Schulz et Mohamed (2004), il n'existe pratiquement aucune étude sur cette question ; le stress perçu lors de la maladie puisqu'il est associé curvilinéaire au développement (Lechner et al., 2003 ; Linley & Joseph, 2004) ; le soutien social perçu lors de la maladie, car il prédit le développement post-traumatique sur la dimension d'un rapprochement avec les autres (Luszcynska et al., 2005) ; le coping adaptatif très souvent associé au PTG (Arméli et al., 2001 ; Lechner et al., 2006 ; Sears et al., 2003). Pour rappel, le score de coping adaptatif a été calculé en additionnant toutes les formes de coping du Brief COPE à l'exception du "blâme", du "désengagement comportemental" et de l'usage de "substances", qui représentent des stratégies non adaptatives pour l'ajustement au cancer.

En ce qui concerne les variables médicales, nous avons pris en compte la présence de chimiothérapie parfois associée au développement (Harper et al., 2007 ; Schroevers & Teo,

2008), ainsi que les séquelles actuelles dans une visée exploratoire, avec l'idée que les séquelles peuvent être la marque d'un traumatisme et donc d'un éventuel développement post-traumatique. En effet, selon la théorie de Calhoun et Tedeschi (2004), il ne peut y avoir de développement post-traumatique sans traumatisme (ou du moins stress intense). En tant que marqueurs du traumatisme, la chimiothérapie et les séquelles pourraient être associées au développement post-traumatique. Enfin, le niveau d'éducation ainsi que le ressenti financier subjectif, montrant tous deux des liens inconsistants avec le PTG, ont aussi été introduits à titre exploratoire.

Chacune de ces variables avait deux ou trois modalités, décrites dans le tableau 14, récapitulatif. Pour transformer les variables continues en catégorielles à deux modalités, nous avons pris une coupure aux centiles 35 et 65, et non à la médiane, afin d'avoir deux modalités bien distinctes. En ce qui concerne le stress perçu, nous avons en revanche pris trois modalités (peu, moyen, beaucoup). En effet, la littérature indiquant un développement post-traumatique maximal en cas de stress perçu important mais non excessif, il nous paraissait judicieux ici de garder une modalité moyenne de cette variable.

Bien que l'introduction de variables soit courante dans l'utilisation d'Alceste, cette procédure est ici originale en ce qu'elle met en lien nos données quantitatives recueillies par questionnaires (personnalité, variables transactionnelles) avec les données qualitatives.

Tableau 14 : Variables introduites dans l'analyse Alceste.

Type de variables	*Nom des variables*	*Modalité 1*	*Modalité 2*	*Modalité 3*
Question posée	Question*	q_o1 (question ouverte 1 qui commence l'entretien)	q_chgts (question sur les changements)	q_o2 (question ouverte 2, qui termine l'entretien)
Personnalité	Affectivité positive (PANAS)	Inf (<=31) <Centile 35	Sup (>=38) >Centile 65	
	Internalité (locus of control scale)	Inf (<18) <Centile 35	Sup (>20) >Centile 65	
Médicales	Chimiothérapie	o (pour oui)	n (pour non)	
	Séquelles	N (pour non ou peu gênantes)	g (assez gênantes ou très gênantes)	
Sociales	Niveau d'étude = diplôme obtenu	Inf (moins que le bac)	Moy (bac ou 1er cycle universitaire)	Sup (2ème cycle et plus)
	Ressenti finances	Inf (vous n'arrivez pas du tout à vous en sortir ou vous avez du mal à vous en sortir)	Ok (vous vous en sortez mais sans plus)	Sup (vous êtes plutôt ou très à l'aise)
Transactionnelles	Stress perçu	Peu (<centile 35) <6	Moy (du centile 35 au 65, valeurs 6,7, 8)	Bp (>centile 65) >8
	Soutien social perçu	Peu (<=centile 35) <=4	Bp (>=centile 65) >=4.6	
	Coping adaptatif	Peu (<=centile 35) <=50	Bp (>=centile 65)>=58	

*Si des questions supplémentaires étaient posées, elles étaient également introduites

3. Résultats

3.1. Approche globale de l'ensemble du corpus

L'analyse Alceste a abouti à quatre classes lexicales comprenant 65% des Unités de Contexte Elémentaires (UCE). Autrement dit, 65% de l'ensemble du corpus a pu être classé selon quatre thèmes, montrant que 35% de l'ensemble du discours correspond à des éléments qui n'appartiennent pas à ces classes et qui ne sont donc probablement pas en lien direct avec le cancer. Une interprétation possible de ce résultat est de considérer que, bien qu'interrogées sur le cancer, près d'un tiers du discours des personnes (35%) est trop idiosyncrasique pour être classé. D'une certaine façon, cela traduit l'ancrage de l'histoire cancéreuse dans l'histoire personnelle d'une vie, et révèle que le cancer n'est pas un point isolé dans le discours des personnes mais s'articule avec d'autres éléments de vie du sujet (35%).

Dans une approche pragmatique, une autre information à prendre en compte dans l'analyse globale est celle du ratio du nombre de formes distinctes (7096) par rapport au nombre total de formes (mots ou lemmes ; 158 550). Ce ratio, ici de 0.045, indique une faible température informationnelle du corpus (Kalampalikis & Moscovici, 2005). Selon la théorie de la température informationnelle, plus un texte est hétérogène et riche au niveau du vocabulaire, moins il présente de redondances et plus il est apte à la transmission de connaissances. A l'inverse, plus un texte est homogène au niveau de son vocabulaire, plus il contient de redondances et moins il transmet de connaissances mais plus il est propice à la transmission d'un message et à la communication (Kalampalikis & Moscovici, 2005). Avec un ratio de 0.045, notre corpus correspond parfaitement à ce dernier cas de figure, indiquant que les personnes interrogées ont surtout cherché à transmettre un message, à communiquer, plutôt qu'à faire un récit de connaissances sur le cancer en général. La longueur moyenne de 55 minutes des entretiens rend d'ailleurs bien compte de la redondance des messages transmis et donc de leur importance émotionnelle pour les femmes concernées.

Après cette approche globale, nous allons dans un premier temps décrire les classes lexicales révélées, en insistant sur la première classe compte tenu du fait qu'elle a trait au développement post-traumatique, avant de s'intéresser dans un second temps, à l'étude du lien entre ces classes.

3.2. Les classes lexicales révélées

3.2.1. Classe 1 : Le développement post-traumatique (34% du corpus analysé).

La première classe renvoie au développement post-traumatique. Elle comprend des termes ou des lemmes tels que *chose* (χ^2 : 81), *vie* (χ^2 : 62), *façon* (χ^2 : 53), *psychologi+* (χ^2 : 52), *positif* (χ^2 : 48), *gens* (χ^2 : 44), *maladie* (χ^2 : 41), *corps* (χ^2 : 39), *recul* (χ^2 : 26), *différent* (χ^2 : 23), *penser* (χ^2 : 22), *important* (χ^2 : 21), *apprécier* (χ^2 : 21, avec 92% de cette forme se trouvant dans cette classe[4]), *difficile* (χ^2 : 20), *santé* (χ^2 : 19), *communiquer* (χ^2 : 18, avec 91% d'occurrences dans cette classe), *lutter* (χ^2 : 16, avec 100% d'occurrences dans cette classe), *fragilis+* (χ^2 : 16, avec 100% d'occurrences dans cette classe), *essentiel* (χ^2 : 16, avec 90% d'occurrences dans cette classe). La classification ascendante hiérarchique montre entre autres, une association entre *psychologi+* et *chose*, *penser* et *vivre*, *façon* et *apprécier*, *positif* et *essayer*, *important* et *vie*, *maladie* et *subir*.

Ces premières informations montrent des changements surtout psychologiques en lien avec une autre *façon* de voir, de *vivre* la *vie*, de *l'apprécier*, d'être en contact avec les autres, et de *penser* les *choses*, par exemple avec plus de *recul*. En accord avec la théorie de Tedeschi et Calhoun (2004) observant la co-existence, a priori paradoxale, de souffrances et de changements positifs, cette classe révèle également des souffrances et changements négatifs repérables avec les termes ou lemmes de *difficile, lutter, fragilis+, maladie, santé.* Les changements ne sont, en outre, pas que psychologiques, comme en atteste le mot *corps* dont 78% des occurrences se trouvent dans cette classe. Ces informations nous rappellent les conséquences physiques douloureuses du cancer du sein, telles que les lymphodèmes du bras ou le syndrome douloureux post-mastectomie (Bloom et al., 2004 ; Bonnaud-Antignac, 2005 ; Dow et al., 1996 ; Fehlauer, et al., 2005 ; Mols et al., 2005), ainsi que les réactions psychologiques qui y sont associées (Bonnaud, 2000, 2002).

Cette classe est caractéristique des réponses à la question ouverte finale (χ^2 : 63) ainsi qu'à la question sur les changements (χ^2 : 38). Dans une moindre mesure, cette classe correspond aussi aux réponses données aux questions annexes portant sur la sexualité (χ^2 : 21), souvent plus difficile après les traitements, la spiritualité (χ^2 : 14), ainsi que sur le bilan des changements rapportés (χ^2 : 7). Les chi² d'association marqués juste ci-dessus, montrent que ces changements sont plus explicités à la question ouverte finale (χ^2 : 63 ; pour rappel,

[4] On notera le pourcentage d'apparition de la forme dans la classe que s'il est supérieur à 90%.

retrouver l'intitulé de cette question page203) qu'à la question portant pourtant directement sur les changements (χ^2 : 38). Ce constat quelque peu étonnant révèle que si des changements sont bien présents et même importants aux yeux des femmes qui en parlent spontanément à la question ouverte finale, ils ne sont pas toujours identifiés naturellement comme changements par la personne interrogée et n'apparaissent donc pas forcément le plus à cette question. En revanche, leur présence majoritaire à la question ouverte finale montre bien que les femmes souhaitent conclure leur entretien sur les changements laissés par le cancer. Cela rappelle aussi au cas déjà mentionné d'entretiens où la personne aborde dès la première question certains changements (par exemple un autre regard sur la vie) qu'elle ne mentionnera pourtant pas à la question explicite sur les changements.

En ce qui concerne les catégories grammaticales, les plus associées à cette classe sont celles des "marqueurs d'une modalisation" (χ^2 : 29), des "marqueurs d'une intensité" (χ^2 : 13), des "interjections" (χ^2 : 11) et des "adverbes en "ment" " (χ^2 : 9). Les marqueurs d'une modalisation repérés par Alceste sont les suivants (en ordre décroissant de la valeur du chi²) : *quand même*, *c'est vrai*, *non*, *peut-être*, *je pense*, *oui*, *rien*, *jamais*, *je crois*, *sans doute*, etc. Ils témoignent de la réflexion des femmes interrogées qui, lors de l'entretien, élaborent verbalement leur expérience en essayant d'être au plus juste de leur vécu et ressenti. Ces marqueurs de modalisation rappellent ainsi les processus cognitifs nécessaires à l'élaboration du développement post-traumatique. Ils traduisent la rumination[5] cognitive sous-jacente au développement (Calhoun & Tedeschi, 2000), qui a pour objet de trouver du sens à l'événement et plus généralement à la vie, suite à l'événement. Les marqueurs d'intensité (en ordre décroissant du chi² : *plus*, *bien*, *très*, *beaucoup*, *peu*, *trop*, *moins*, *mieux*, *assez*, etc.) reflètent quant à eux les changements énoncés. Les adverbes en "ment" (*vraiment*, *justement*, *tellement*, *autrement*, etc.) traduisent la charge émotionnelle associée à cette classe. A l'autre extrême, il est intéressant de noter que parmi les catégories grammaticales les moins associées à cette classe, figure celle des "marqueurs d'une relation temporelle" (χ^2 : - 3 ; *puis*, *après*, *toujours*, *maintenant*, *avant*, *déjà*, *depuis*, *aujourd'hui*, *tout de suite*, *vite*, *longtemps*, etc., cités dans l'ordre décroissant des chi²). Ainsi, les changements énoncés dans cette classe semblent relativement intemporels dans le corpus analysé, ce qui va dans le sens d'une certaine rémanence du développement post-traumatique malgré les années écoulées depuis le cancer.

[5] On rappelle que le terme de *rumination* en anglais n'a aucune connotation péjorative pour les auteurs.

La première classe est également caractéristique des femmes ayant un coping adaptatif élevé (χ^2 : 44), ayant reçu de la chimiothérapie (χ^2 : 28), beaucoup de soutien social perçu (χ^2 : 21), ayant une affectivité positive élevée (χ^2 : 13), un niveau d'études moyen (baccalauréat ou premier cycle universitaire ; χ^2 : 18) ou supérieur (second cycle universitaire ou plus ; χ^2 : 3), des séquelles assez ou très gênantes (χ^2 : 16), et dans une moindre association, ayant perçu peu de stress lors de la maladie et des traitements (χ^2 : 6). Ces résultats confirment nos postulats théoriques tels qu'ils ont été énoncés dans la partie sur les traitements des données, avec notamment l'importance avérée du coping salutogène et de la chimiothérapie. On notera en revanche qu'Alceste ne met pas en évidence d'association entre cette classe et l'internalité, ni entre cette classe et le ressenti financier. En outre, l'association avec le stress perçu est faible et la modalité trouvée (peu de stress perçu) ne correspond pas à celle attendue qui, selon la littérature, aurait plutôt dû être un stress perçu moyen. Cependant, le chi² d'association est faible concernant ce lien (χ^2 : 6).

Pour finir, voici quelques exemples de discours typiques de cette classe extraits de différents entretiens. Figurent entre parenthèses les dimensions de développement auxquelles ces discours renvoient.

- *"…ce que ça a changé dans ma vie, c'est la force de vivre, l'envie de me battre et l'envie d'améliorer les choses tant que je peux…".* (force personnelle développée, nouvelles possibilités en perspective)

- *"…il y a le côté psychologique qui est vachement important, il faut vouloir, vouloir guérir, je veux guérir, je veux guérir, je veux guérir, le crabe ne m'aura pas, c'est important, je pense que ça, c'est quelque chose qui est fort pour arriver à surmonter tout ça, la maladie nous apporte ça, la force de vaincre, je ne sais pas si c'est correct, mais enfin c'est ce que je vois moi, la force de vaincre…*". (force personnelle nouvelle)

- *"Ça m'a apporté quand même une certaine confiance en moi que je n'avais pas avant, je me suis dit après tout, j'ai pu passer par une épreuve de plus dans ma vie"* (force personnelle).

- *"…c'est le bon côté de la chose, on devient d'abord beaucoup plus sage pour beaucoup de choses, beaucoup plus philosophes, beaucoup plus gais, on voit les choses autrement, sous un meilleur aspect.".*(meilleure appréciation de la vie, sérénité)

- *"…je parlerais quand même d'un regard différent sur les autres, je pense que c'est le plus positif. Apprendre à relativiser, ce qui pouvait paraître primordial, essentiel, vital avant,*

on relativise quand même, on fait la part des choses, on se dit qu'après tout, le primordial, c'est la santé…". (meilleure appréciation de la vie, développement relationnel)

- *"Il y a tout un ensemble, ce n'est pas une maladie innocente, parce qu'elle agit beaucoup sur le psychologique, c'est, enfin, j'ai essayé de vous expliquer, mais ce qui me paraît le plus important, c'est d'être là, d'être en vie.".* (appréciation de la vie)

- *"si, si, ça change beaucoup de choses dans la manière de voir les choses, de se dire il y a des choses pires, de relativiser les choses, et puis de mieux comprendre les autres qui sont mal aussi"* (recul sur sa vie, développement relationnel par plus de compassion envers les autres)

Comme ces extraits le révèlent, l'étude de l'ensemble des unités de contexte associés à cette classe illustre particulièrement quatre dimensions du PTGI que sont l'appréciation de la vie, le développement d'une force personnelle, de relations différentes aux autres, et dans une moindre mesure de nouvelles possibilités. En revanche, bien qu'elle ait été énoncée très clairement dans certains entretiens, la dimension spirituelle n'est pas assez collective pour apparaître dans l'analyse Alceste, autrement qu'au travers de la sérénité et de la philosophie de vie nouvelles souvent mentionnées.

Enfin, la classe du développement post-traumatique contient aussi des discours typiques illustrant cette fois les changements négatifs rapportés.

- *"…mais dire qu'on reste sans cicatrice, ça, c'est pas vrai, donc c'est pour ça que je me dis, pour certaines personnes qui sont peut-être plus fragiles psychologiquement ou des choses comme ça, c'est difficile".*

- *"On reste fragilisé dans son corps, on reste fragile, on ne retrouve jamais sa santé complètement, j'en suis persuadée, moi, c'était mon cas".*

- *"On ne retrouve pas sa santé pareille, et ça, faut l'accepter quelque part. Et ce n'est pas toujours évident parce qu'on voudrait faire comme avant, et puis il y a le avant, et puis il y a le après."*

- *"On n'a pas parlé de la sexualité après ça, ça c'est important aussi, ça, c'est une affaire, pareil, c'est vrai que ça handicape quelque part au départ, faut apprendre à vivre aussi différemment là."*

3.2.2. Classe 2 : La maladie et les traitements (32% du corpus analysé).

Cette seconde classe décrit toute la période allant du diagnostic aux traitements inclus. Elle comprend des termes ou des lemmes tels que *mammographie* (χ^2 : 137), *enlever* (χ^2 : 123), *rendez-vous* (χ^2 : 116), *Gauducheau* (χ^2 : 114), *sein+* (χ^2 : 99), *tumeur+* (χ^2 : 83), *opérer* (χ^2 : 69), *résultats* (χ^2 : 69), *gynécologue* (χ^2 : 66), *docteur+* (χ^2 : 63), *chimio+* (χ^2 : 57), *rayon+* (χ^2 : 55). La classification ascendante hiérarchique montre, entre autres, une association entre *rendez-vous* et *Gauducheau*, *cancer du sein* et *radio*, *opérer* et *tumeur*, *enlever* et *sein*, *rayons* et *chimiothérapie*.

Cette classe est caractéristique de la réponse à la question ouverte du début (χ^2 : 305), qui demandait aux personnes de raconter leur expérience du cancer qui est donc abordée de façon très médicale au début de l'entretien. Elle est aussi caractéristique des personnes montrant peu de coping (χ^2 : 64), beaucoup de soutien social (χ^2 : 25), beaucoup de stress perçu (χ^2 : 20), ainsi que peu d'affectivité positive (χ^2 : 23). Ainsi, il semble que les femmes les plus marquées par cette période (et qui donc la décrivent le plus) aient peu de ressources internes (peu de coping, beaucoup de stress perçu, peu d'affectivité positive), mais beaucoup de ressources externes (beaucoup de soutien social).

Enfin, il est intéressant de noter que la catégorie grammaticale la plus associée à cette classe est celle des "mois/jours" (χ^2 : 267). Cela traduit le fait que ces femmes se souviennent, même à des années de cette période (de 5 à 15 ans), extrêmement précisément des dates clefs de leur maladie (mammographie de départ, diagnostic, première chimiothérapie, etc.), et rend ainsi compte de la charge émotionnelle associée à ces dates. Voici des exemples typiques de cette classe :

- *"…on était tous réunis, et je n'ai rien dit ce jour là pour ne pas contrarier la fête. Lundi matin, j'avais pris rendez-vous chez le docteur, et trois semaines après, j'étais à Nantes pour commencer la première chimio."*
- *"Ma première chimio a eu lieu le 18, j'ai toutes les dates en tête vous savez, je me suis passé le film tellement souvent, le 18 décembre, pourtant je n'ai pas une mémoire d'éléphant, le 18 décembre, ma première chimio, ça n'était pas facile…"*
- *"Là où j'ai pris ma claque, c'est quand je suis retournée 8 jours après, et là, le verdict est tombé, il m'a dit, il y a de la chimio."*

- *"Je me suis fait opérer le 13 juin 2001. A la suite de l'intervention, tout de suite le docteur m'a dit, non, non, non, comme c'est placé là, il n'y a pas d'autre choix, faudra très probablement vous enlever le sein".*

3.2.3. Classe 3 : L'entourage : ressource et facteur de stress (13% du corpus analysé).

Cette classe renvoie à deux thèmes : à celui du soutien et de la réaction des autres, qu'il s'agisse de l'entourage familial et/ou amical, par rapport à la personne cancéreuse, et au thème du cancer chez les autres, là encore qu'il s'agisse du cancer réel dans la famille (décès d'une tante, du père, etc.) ou dans l'entourage amical ou professionnel, ou bien de la perception du cancer par les autres. Ainsi, l'entourage est à la fois une ressource par le soutien procuré (quand il est soutenant), et indirectement un facteur de stress, par le constat du cancer en son sein notamment, mais aussi par le fait que certaines femmes voudraient préserver leur entourage, ce qui n'est pas toujours évident. Les termes les plus associés à cette classe sont : *sœur+* (χ^2 : 138) , *enfant+* (χ^2 : 134), *mère+* (χ^2 : 130), *frère+* (χ^2 : 117), *décéd+er* (χ^2 : 76), *fille+* (χ^2 : 66) , *proche+* (χ^2 : 57) , *jeune+* (χ^2 : 56) , *plaindre* (χ^2 : 55), *collègue+* (χ^2 : 53) , *famille+* (χ^2 : 51) , *papa+* (χ^2 : 49), *soutenu+* (χ^2 : 46), *soutien+* (χ^2 : 35). La classification ascendante hiérarchique montre, entre autres, une association entre *sœur* et *décéder*, *collègue* et *soutien*, *ami* et *proche*, *famille* et *entourer*, *enfant* et *parler*, *fille* et *pleurer*. La catégorie grammaticale la plus associée à cette classe est logiquement celle de la famille (χ^2 : 330). Les catégories les moins associées sont celles des "mois/jours" (χ^2 : -22) et "d'une relation temporelle" (χ^2 : -11), indiquant que cette classe ne renvoie pas à une période en particulier, mais à l'entourage en général sans indication temporelle.

Cette classe est surtout caractéristique des personnes se sentant financièrement plutôt en difficulté (χ^2 : 32 ; néanmoins, cette information est fortement à relativiser compte tenu du fait que seulement deux personnes dans l'échantillon se trouvaient dans ce cas de figure, comme indiqué dans le tableau 13 page 205), et des réponses à la question sur ce qui a le plus aidé la personne pour faire face à sa maladie (χ^2 : 24). Voici quelques exemples typiques de cette classe :

- *"…quand on vous apprend un cancer, un cancer pour vous c'est mortel. Moi, j'ai mon père qui est décédé d'un cancer…"*

- *"…dans ma famille, on était 6 frères et sœurs, tout le monde est venu au secours. Dans la famille de mon mari, ils étaient 5, on s'est toujours bien entendu aussi, j'ai toujours été très bien entourée, amis, même le voisinage."*

- *"A l'école, on a toujours été méchant avec lui, pour vous dire à quel point c'est dur pour un enfant, il avait donc 10 ans, un jour il y a un garçon qui lui a dit : "de toute façon ta mère va mourir, elle a un cancer" ".*

- *"Ma fille, je ne pouvais pas communiquer avec elle, c'était trop dur, fallait la préserver. Et le reste de ma famille, ça a été épouvantable, épouvantable, on ne m'appelait pas, on ne me téléphonait pas, on ne venait pas me voir".*

- *"…je ne pouvais pas ne pas parler de ça, j'avais tellement la trouille! Mais je me suis dit ben, faut que tu laisses les autres, parce que j'ai bien pris conscience aussi, c'est que quand on est malade, les autres ils craquent."*

3.2.4. Classe 4 : Rupture et continuité (21% du corpus analysé)

Cette classe a trait à la rupture et/ou à la continuité des activités professionnelles et/ou personnelles suite au cancer. Les mots les plus associés sont : *travail* (χ^2 : 116), *maison+* (χ^2 : 93), *marche+* (χ^2 : 69), *entreprise+* (χ^2 : 49), *bras* (χ^2 : 44), *aim+er* (χ^2 : 43), *arrêter+* (χ^2 : 42), *act+ion* (χ^2 : 39), *retraite+* (χ^2 : 36), *patron* (χ^2 : 36), *invalid+* (χ^2 : 30), *petits-enfants* (χ^2 : 30), *poste* (χ^2 : 29), *société* (χ^2 : 28), *reprendre* (χ^2 : 28). La classification ascendante hiérarchique montre, entre autres, une association entre *bras* et *handicap*, *fatigue* et *physique*, *travail* et *rester*, *petits-enfants* et *aimer*, *maison* et *difficulté.*

Cette classe est caractérisée par des personnes peu internes (χ^2 : 60), ayant ressenti un stress moyen au diagnostic (χ^2 : 29), avec un niveau faible niveau de diplôme (χ^2 : 23), peu de soutien social (χ^2 : 21), et en réponse à la question sur le bilan des changements énoncés (χ^2 : 50). Voici deux exemples typiques :

- *"J'ai eu une invalidité, donc je travaille, je ne fais que 110 heures par mois."*

- *"…je suis obligée de doser quand je fais marcher mon bras plus qu'une activité ordinaire, et puis au point de vue résistance, aussi, on a repris, j'ai repris des activités...".*

- *"Il y a des moments, je suis vidée, vidée, je ne sais pas si ça vient de là, c'est peut-être par rapport à l'âge, mais il y a des moments, ce n'est vraiment pas terrible au niveau physique, et faut que je m'arrête, et faut que je reste une journée tranquille".*

3.3. Liens entre les classes

La Classification Descendante Hiérarchique (CDH) des différentes classes du discours permet d'étudier la distribution des classes et de mettre en évidence leurs relations de proximité et d'opposition (figure 1, ci-dessous).

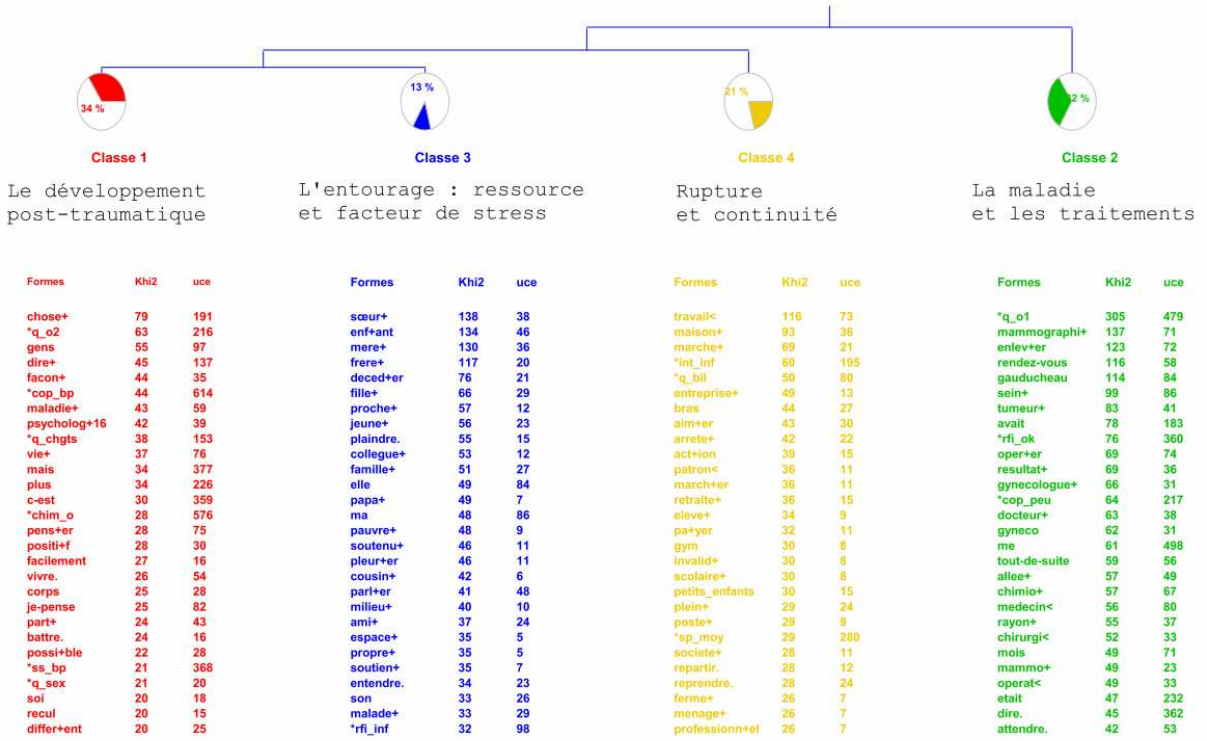


Figure 5 : Classification Descendante Hiérarchique (CDH) des classes avec les thèmes associés.

Comme en atteste la figure 1, la classe 2, celle de la maladie et des traitements (en vert), est séparée des trois autres lors de la première partition. Cette classe se distingue en effet des trois autres d'une part, par son contenu fortement médical, d'autre part car elle concerne une période précise passée, celle de la maladie et des traitements, comme en témoignent d'ailleurs les marqueurs temporels fortement associés à cette classe. A l'inverse, les trois autres classes – le développement post-traumatique, l'entourage et les ruptures/continuités – sont nettement plus atemporelles et beaucoup moins médicales. On observe également que la classe la plus associée à celle du développement post-traumatique est liée à l'entourage (en bleu) dans une double perspective, celle du soutien de l'entourage, ainsi que celle de l'entourage touché, et parfois décédé, par le cancer. De même, la classe de la rupture et de la continuité suite au cancer (en jaune) est associée aux deux dernières.

L'association de ces deux classes à celle du développement post-traumatique est cohérente avec la théorie de Tedeschi et Calhoun (2004) selon laquelle le développement

post-traumatique résulte d'un équilibre subtile entre des ressources (d'où le développement) et des facteurs de stress (post-traumatique). En effet, on retrouve cette polarité dans les deux classes associées à celle du développement post-traumatique. Dans la classe 3 (l'entourage), la polarité se situe entre un facteur de stress représenté par les ravages du cancer dans l'entourage, ou par un entourage peu soutenant, ou fragile qu'il faut protéger, autant d'éléments qui maintiennent un état de stress chez le sujet, et un facteur de ressource représenté par le soutien de l'entourage. Dans la classe 4, la polarité se situe entre les pertes et ruptures faisant suite au cancer, rappelant les séquelles et le souvenir de la maladie, et la continuité avec d'autres activités possibles et parfois nouvelles (notamment la marche, troisième mot associé à cette classe, prisée par beaucoup de femmes interrogées), qui sont devenues précieuses chez ces anciennes malades, comme en témoigne cette phrase de la classe 4 : "*Après tout, il faut que je me rende compte que j'ai fait des choses et que je peux encore en faire, donc je continue, là je prends des cours d'espagnol, je reprends des cours d'anglais, je vis, je vis à fond !*".

En conclusion, on retiendra donc la proximité de la classe du développement post-traumatique avec celle de l'entourage comme soutien et facteur de stress, et dans une moindre mesure avec celle des ruptures et continuités après la maladie. L'analyse factorielle des correspondances (figure 2) permet d'ailleurs de voir la superposition graphique des classes rouge (développement post-traumatique) et bleue (l'entourage), témoignant de leur proximité. On notera également dans cette représentation graphique que les quatre classes se chevauchent assez fortement, montrant l'intrication des quatre thèmes entre eux. De plus, on observe que la classe verte, celle du diagnostic et des traitements, se situe plutôt à gauche sur l'axe horizontal, tandis que la classe du développement post-traumatique plutôt à droite sur le même axe. Or, comme nous l'avons écrit plus haut, la première est très temporelle et la dernière atemporelle. Nous pensons donc que l'axe horizontal peut être interprété comme un axe lié au temps : vers la gauche, il s'agit de thèmes temporels, vers la droite de thèmes atemporels. L'axe vertical est le plus marqué en haut par la classe jaune de la rupture/continuité, et le plus marqué en bas par la classe rouge du développement post-traumatique. Nous pensons donc que l'axe vertical peut être interprété comme le reflet de changements plutôt positifs vers le bas (développement post-traumatique) et plutôt négatifs vers le haut (ruptures/continuité). Si notre interprétation est juste, on constate donc que le développement post-traumatique chevauche en partie seulement la classe des ruptures/continuités, ce qui montre qu'une trop grande rupture (partie jaune vers le haut) est

incompatible avec le développement. Selon ces interprétations, la classe bleue sur l'entourage, assez centrale, est bien à la fois temporelle (l'entourage lors des traitements) et atemporelle montrant une certaine permanence des liens à l'entourage, plutôt vectrice de développement (dans son chevauchement avec la classe rouge), mais aussi de changements négatifs (dans son chevauchement avec la classe jaune de la rupture).

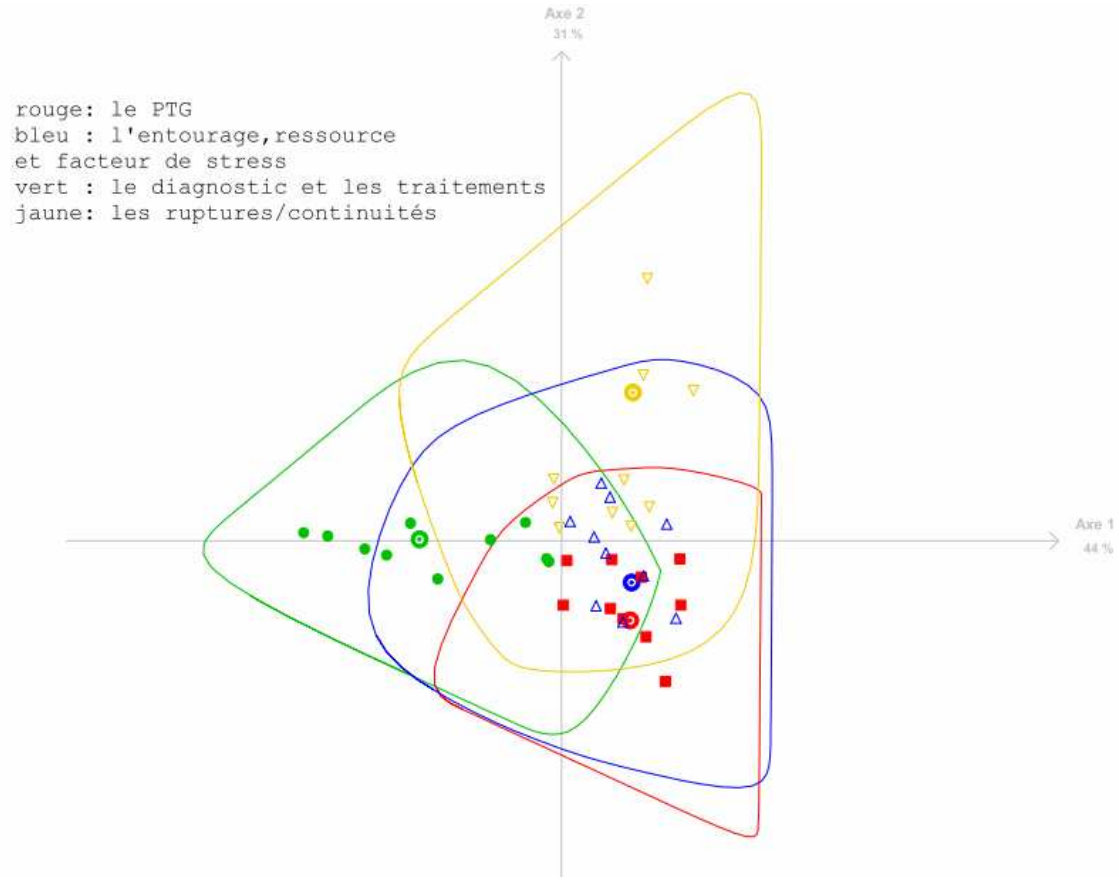


Figure 6 : Analyse factorielle des correspondances.

4. Discussion

Cette étude avait pour objectif de voir dans quelle mesure et dans quel contexte on verrait apparaître l'émergence de développement post-traumatique dans le récit libre de femmes interrogées sur l'histoire de leur cancer et sur les changements éventuels qu'elles auraient pu vivre en lien avec leur maladie. L'analyse produite par Alceste a révélé quatre classes thématiques dans leur discours, dont trois liées entre elles -celle du développement post-traumatique, de l'entourage, de la rupture/continuité- et une à part, celle de la maladie et des traitements. Avant d'examiner plus en détail la classe du développement post-traumatique,

nous proposons tout de suite une approche globale des résultats permettant de situer le développement post-traumatique dans l'histoire de la maladie.

La classe de la maladie et des traitements, conséquente (32% du corpus analysé), est la plus éloignée de celle du développement. Contrairement aux trois autres, elle est extrêmement temporelle et consiste en une description souvent précise et détaillée de la période du diagnostic et des traitements. Le fait que cette classe soit la plus éloignée de celle du développement montre que ce dernier n'est pas foncièrement associé au déroulement objectif de la maladie et des traitements, mais plus à l'entourage et aux conséquences à long terme du cancer (classes 3 et 4). L'atemporalité de la classe du développement suggère une certaine rémanence dans le temps de ce phénomène, même à long terme du diagnostic, comme cela a déjà été décrit dans la littérature (Dow et al., 1996 ; Fredette, 1995 ; Lechner et al., 2006 ; Mols et al., 2009 ; Tomich & Helgeson, 2002 ; Tomich et al., 2005). La classe la plus proche du développement est celle de l'entourage, avec deux sous thèmes : celui du soutien apporté (ou non) par les autres, et celui du cancer chez les autres ou de la réaction des autres face au cancer. Le plus souvent, l'entourage offre un soutien important aux yeux des malades et qui contient en soi le germe d'un développement relationnel ultérieur, voire d'une force personnelle et de nouvelles opportunités, comme dans cette réponse à la question sur ce qui a été le plus marquant dans l'expérience du cancer : "*Ce qui m'a le plus marqué, c'est le soutien de toutes mes collègues, ah oui, oui. Et ce que je ne vous ai pas dit, c'est que ça m'a boostée, j'ai fait construire et tout, et en plus j'ai rencontré quelqu'un, j'ai rencontré quelqu'un et puis ça fait 10 ans qu'on est ensemble…*". Inversement, l'entourage peut aussi être un facteur de stress par son manque de soutien, ou par le fait que certaines femmes culpabilisent d'être malades vis-à-vis d'un entourage qu'il faudrait alors protéger de la maladie. L'entourage est aussi un vecteur important de comparaisons lors de la maladie et même lors de la rémission, des années après. La présence dans l'entourage de personnes ayant, ou ayant eu, le cancer avec une issue négative (peu de soutien social, perte du travail, métastases, récidive ou mort) est tantôt vécue comme un facteur de stress important dont le sujet essaie de se dégager, tantôt comme le substrat d'un coping de comparaison sociale par le bas, déjà mis en évidence dans la littérature (Efklides et al., 2003 ; Jenkins & Pargament, 1988 ; Razavi et al., 2002 ; Schulz & Mohamed, 2004), et pourtant non appréhendé dans les questionnaires sur le coping (Folkman & Moskowitz, 2004). Cette comparaison par le bas permet au sujet de relativiser sa situation et de mieux la vivre comme dans l'exemple suivant : "*j'avais mon travail qui m'a beaucoup aidé, j'avais la chance d'avoir encore du travail, il y en a qui étaient au chômage, la maladie, qui avaient des enfants qui n'apprenaient rien ou des problèmes d'argent, moi, je n'avais*

quand même pas tout ça. Donc, je suis d'une nature en fait à voir pire. Mais ça, euh…je suis comme ça, hein, et ça, ça m'aide énormément". Cette comparaison par le bas (*downward social comparison*) est aussi une forme de rumination cognitive autour de la situation, nécessaire à l'émergence ultérieure de développement (Tedeschi & Calhoun, 2004), qui peut aussi se traduire d'autres manières, comme dans le discours de cette personne déjà citée, qui disait à propos de ses traitements "*je me suis passé le film tellement souvent…".*

En résumé, l'association de la classe du développement avec celle de l'entourage, montre que les changements post-cancéreux sont toujours vécus en rapport avec les autres, à la fois dans le soutien ou les soucis qu'ils peuvent apporter directement (manque de compréhension et de soutien) ou indirectement (abnégation dans la volonté de les protéger), ainsi qu'en comparaison avec ceux qui ont été, ou qui sont encore, également atteints du cancer. Cet ancrage du cancer dans un contexte relationnel spécifique à chaque personne correspond à la classe de l'entourage, mais aussi sans doute pour une bonne part aux 35% de discours non analysés par Alceste, trop idiosyncrasiques pour être exploités par le logiciel. En effet, lors des entretiens, certaines femmes sont allées loin dans l'explication analytique de leur cancer par rapport à leur histoire familiale notamment. L'une d'entre elles avait par exemple entrepris une psychothérapie suite à ce cancer, et son discours met ainsi sa maladie au cœur d'une histoire personnelle très relatée dans l'entretien.

Après avoir situé le développement post-traumatique au regard des autres thèmes du corpus, nous proposons d'examiner plus en détail sa nature.

La classe du développement post-traumatique est celle comprenant le plus de discours analysé (34%). Elle témoigne de changements surtout psychologiques des femmes qui après leur cancer, relativisent beaucoup plus leurs problèmes, prennent du recul sur leur vie et la vie en général et voient les choses différemment. En particulier, la vie n'est plus une évidence (*taking life less for granted ;* Schroevers et al., 2006*),* et prend donc une valeur nouvelle. Le simple fait d'être en vie devient précieux et ce changement est le plus caractéristique de l'après cancer par rapport aux changements vécus après différents événements stressants (Schroevers et al., 2006). Ainsi, comme le dit cette femme déjà citée dans l'étude de la classe 1 : "…c*e qui me paraît le plus important, c'est d'être là, d'être en vie".* Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude précédente (étude 1, tableau 8, page 188, sur la prévalence du PTG) où l'on constatait que l'item 2 (j'apprécie plus ma vie à sa vraie valeur) et 13 (j'apprécie davantage chaque jour de ma vie) étaient les plus rapportés, vécus par 87% des femmes. Ces résultats rendent aussi compte des changements de valeurs décrits après le cancer et le VIH, et qui

orientent vers une nouvelle philosophie de vie et un nouveau rapport au temps (Fischer & Tarquinio, 2002). Ce nouveau rapport au temps est très bien illustré par cette femme qui, après avoir décrit des problèmes de fatigue physique récurrente qui l'empêchent de rester debout longtemps, aborde la question du temps : "*Si avec quelqu'un, j'ai une conversation par exemple dans la rue, j'essaie de m'appuyer un peu le dos le long du mur* [ndlr : parce qu'elle est fatiguée]. *L'inverse, c'est de se rendre compte que le temps est précieux, ça fait que je prends beaucoup de photos d'instants, voila, pour figer des moments parce qu'on sent cette fuite du temps, enfin, euh quand on touche un peu à la porte de sortie*". En accord avec les travaux de Tedeschi et Calhoun (1996), les entretiens révèlent aussi des changements liés au développement d'une force personnelle. Le fait d'avoir réussi à traverser toutes les étapes de la maladie (diagnostic, traitement, rémission, problèmes familiaux et/ou de couple, etc.), donne un sentiment de force à ces anciennes patientes qui semblent mieux affronter d'autres difficultés : "*J'ai la confiance en moi qui est beaucoup plus forte qu'avant, ça m'aide dans mon travail d'ailleurs*". Là encore, ces déclarations, fréquentes, confirment les résultats de l'étude 1 au PTGI où l'item 19 (j'ai découvert que je suis plus forte que ce que je pensais) est vécu par 86% des personnes. Nous retrouvons aussi le développement relationnel décrit par Tedeschi et Calhoun (1996), surtout dans l'empathie pour ceux qui sont en souffrance (confirmé par la prévalence de 87% à l'item 15 : j'ai plus de compassion pour les autres). De même que la vie a pris une autre dimension, les autres sont aussi vus différemment : "*C'est évident, on prend plus conscience du temps, des moments précieux, l'importance des autres, que ce qui se passe, ce n'est pas par hasard. L'important, l'important, c'est qu'il y a plus de conscience des autres*". Les trois dimensions de changements rapportées à l'instant -nouvelle façon de voir et d'apprécier la vie, force personnelle, rapport aux autres- sont celles qui apparaissent le plus dans nos entretiens et aussi dans la littérature sur le long terme après le cancer (Fredette, 1995 ; Mols et al., 2009) ou après un deuil (Lehman et al., 1993). A l'inverse, les dimensions des nouvelles opportunités et d'un développement spirituel sont les moins présentes, comme en atteste l'étude 1 de la présente thèse et des résultats antérieurs aux nôtres (Mols et al., 2009). Dans nos entretiens, les quelques opportunités apparues du fait du cancer ont surtout trait à de nouvelles activités associatives destinées à aider d'autres personnes atteintes du cancers ou de diverses maladies, ou des personnes en difficulté pour des raisons variées, ce qui a aussi été décrit dans la littérature mais plutôt comme une forme de coping altruiste lors de la maladie (Allen et al., 2008 ; Halstead & Fernsler, 1994 ; Folkman & Moskowitz, 2004 ; Park, 1998). Ici, à plus de 5 ans du diagnostic, il s'agit sans doute plus d'une issue que d'un processus de coping. Dans la catégorie des nouvelles

possibilités développées du fait du cancer, on peut à nouveau citer le cas de cette femme pour qui la maladie a servi de catalyseur à une prise en charge psychothérapeutique visant à prendre du recul par rapport à une relation difficile avec sa mère : "*Le cancer m'a permis de regarder la relation avec ma mère et m'a permis d'éclaircir ma propre relation avec mes enfants, forcément. Si vous voulez, ça c'est le maître mot pour moi, je n'aurais jamais, jamais, franchi la porte de chez quelqu'un* [ndlr : un psychothérapeute] *pour m'aider à regarder la relation avec ma mère*."

La dimension spirituelle n'apparaît pas dans les entretiens et donc dans l'analyse d'Alceste. Notons cependant que dans les entretiens tests que nous n'avons pas gardés, une femme rapportait clairement le développement d'une spiritualité au sens large, non attachée à une religion, mais qui l'accompagnait dans son quotidien sous forme de prières et d'attention à la vie. Ainsi, si la dimension spirituelle n'apparaît pas quantitativement, son développement chez une personne peut en revanche être important et significatif pour cette personne.

A côté de ces changements plutôt positifs, il faut noter que la classe du développement post-traumatique, d'une part contient aussi des changements négatifs, psychologiques et surtout physiques liés à une moins bonne santé, à de la fatigue ou à des limitations, d'autre part, est indirectement liée à la classe de la rupture/continuité faisant précisément état de ces changements et des ruptures qu'ils entraînent parfois, notamment dans le domaine professionnel. Ces changements négatifs confortent la théorie de Tedeschi et Calhoun (2004) sur la coexistence a priori paradoxale, mais finalement compréhensible et bien réelle, de changements positifs et négatifs après un événement traumatique, comme en témoigne la conclusion de cette femme où alternent sans cesse bonheur et souffrances : *"…on a des souffrances avec ce cancer, mais on a beaucoup de bonheur aussi, beaucoup beaucoup de bonheur. Enfin moi j'en ai eu beaucoup, j'ai eu beaucoup beaucoup de souffrances, mais j'ai eu beaucoup beaucoup de bonheur, et je ne vais pas dire merci à ce cancer parce que ça serait quand même déplacé de dire merci, mais je vais plutôt dire merci à la vie de m'avoir ouvert les yeux sur les choses que je ne voyais peut-être plus*". La présence de ces changements négatifs est aussi rassurante dans le sens où elle atteste que le développement post-traumatique n'émerge pas dans le déni des aspects négatifs du cancer et dans l'illusion du "tout positif". On aurait ainsi tendance à penser les changements positifs comme plus réels qu'illusoires lorsque la personne relate aussi des aspects négatifs de son expérience. Taylor et al. (1991) ont d'ailleurs montré que parmi des hommes atteints du SIDA, les mieux ajustés à la maladie étaient ceux qui ne rapportaient pas uniquement des changements positifs. Cela dit, il ne faudrait pas penser que les changements positifs et négatifs coexistent toujours au même

niveau. Les résultats de l'étude 1 montrent d'ailleurs que seul 5% de l'échantillon déclare à la fois des changements positifs et négatifs importants. Dans le même sens, l'analyse Alceste montre que la classe du développement n'est pas directement associée à la classe de la rupture/continuité, comme elle l'est en revanche avec celle de l'entourage. Visuellement, l'analyse factorielle des correspondances montre d'ailleurs un chevauchement limité des classes jaune et rouge, c'est-à-dire de la classe des ruptures/continuité avec celle du développement. Sans nier la coexistence des aspects positifs et négatifs du cancer, il faut bien voir que les deux ne vont pas toujours ensemble. De plus, comme le suggèrent Lehman et al. (1993), et comme nous en avons déjà émis l'hypothèse dans la discussion de l'étude 1 (page 199 exactement), la nature positive du développement post-traumatique est aussi à nuancer dans la mesure où les changements sont toujours plus ou moins teintés de l'ombre du traumatisme, comme dans l'exemple de cette femme citée précédemment qui cherche à immortaliser chaque instant car elle perçoit désormais "*la fuite du temps*" après avoir "*touché un peu à la porte de sortie"*. Dans cet exemple, l'appréciation plus forte de l'instant, aussi positive soit-elle, reflète aussi le souvenir de "*la porte de sortie*", et s'associe donc indirectement à une certaine insécurité.

Finalement, sur le contenu des changements après un cancer du sein, globalement nos entretiens sont en accord avec les résultats de Fischer et Tarquinio (2002) qui constatent après un cancer une augmentation des valeurs suivantes -développement de l'affection, de la centration sur soi, du réalisme, de la confiance accordée aux autres, de l'appréciation de la vie, de la patience, de plus de soins envers soi- au détriment d'autres telles que la compétition, l'activité professionnelle et la sexualité.

Enfin, l'analyse d'Alceste montre plusieurs associations entre les variables indépendantes introduites et la classe du développement. Bien qu'il faille prendre ces résultats avec prudence compte tenu de la faible taille de l'échantillon, nous souhaitons néanmoins en rendre compte pour discussion. La classe du développement post-traumatique est surtout associée au coping adaptatif, confirmant ainsi la nature même du PTG "*résultant de la confrontation, de la lutte avec tout événement de vie défiant hautement les ressources de l'individu"* (Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 1, traduction libre). Le coping représentant précisément la confrontation et la façon de faire face aux éléments adverses, doit théoriquement s'associer au développement, ce qui se confirme ici. Conformément à nos hypothèses, l'analyse révèle aussi une association entre développement post-traumatique et affectivité positive (trait de personnalité), soutien social, chimiothérapie et séquelles. En

somme, le développement post-traumatique émergerait plus chez des personnes ayant vécu et/ou vivant encore des aspects difficiles du cancer (chimiothérapie, séquelles) tout en ayant suffisamment de ressources, endogènes (affectivité positive) et exogènes (soutien perçu), pour y faire face et vivre un développement conséquent. Nos résultats n'attestent en revanche pas de lien entre développement et internalité d'une part, développement et stress perçu, d'autre part.

Finalement, nos entretiens mettent en évidence un développement post-traumatique à long terme du cancer du sein. Ce développement révèle surtout une autre façon de voir la vie et de l'apprécier et est caractéristique de personnes ayant montré un coping adaptatif élevé lors de la maladie. Cette thématique de changements positifs est très liée à l'entourage et coexiste avec le compte rendu d'aspects négatifs laissés par le cancer. Globalement, toutes ces données confirment les fondements conceptuels du développement post-traumatique (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004), phénomène qui, a priori, peut paraître étonnant pour les patientes elles-mêmes, comme pour cette femme qui a finalement repris sa vie en main à l'occasion de la maladie, et qui pourtant n'aurait jamais imaginé avant le diagnostic qu'elle puisse vivre une forme de développement du fait du cancer : "*Je lui ai dit* [ndlr : elle parle d'une voisine à qui elle confie sa peur dans l'attente des résultats d'une biopsie], *j'ai la crainte d'avoir un cancer du sein, elle m'a dit "vous savez, moi j'ai eu un cancer du sein et vous direz merci à votre cancer un jour". Je me suis dit, mais elle est illuminée celle-là ! Et finalement…".*

Etude 3. Prédiction du développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein.

1. Introduction

Le développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein ayant été mis en évidence à la fois quantitativement dans l'étude 1 et qualitativement dans l'étude 2 de la présente thèse, l'objet de cette étude est à présent d'étudier les prédicteurs de ce développement et de trouver un modèle global plausible explicatif de cette issue. Si plusieurs d'études se sont intéressées au développement post-traumatique, comme d'autres auteurs (Park, 1998 ; Linley & Joseph, 2004 ; Tomich & Helgeson, 2004), on peut regretter le manque de modèles intégratifs explicatifs du phénomène, qui pourraient prendre en compte des effets médiateurs et/ou modérateurs. Notre recherche vise précisément à pallier cette carence. En outre, dans une optique exploratoire, nous chercherons à voir si le modèle trouvé pourrait s'appliquer à une population contrôle faisant référence à toutes sortes d'événements, ou bien si, au contraire, il serait totalement spécifique à la population cancéreuse, et ne pourrait s'appliquer à la population contrôle. Avant toute chose, nous essaierons de développer un modèle français de développement post-traumatique, le PTGI n'ayant encore jamais été traduit et validé en français.

Pour la prédiction du PTG, le modèle intégratif en psychologie de la santé de Bruchon-Schweitzer (2002) sera notre modèle de référence. Il a été vérifié maintes fois dans le contexte de la confrontation actuelle à une maladie mais n'a encore jamais été utilisé dans le cas de la rémission à long terme d'un cancer du sein avec le PTG pour issue. Il s'agira donc de voir si cette théorie reste valable dans ce cadre.

Ce modèle stipule un effet direct des antécédents sur l'issue à prédire, un effet direct des variables transactionnelles sur la même issue, et un effet indirect des antécédents sur l'issue, par la médiation des variables transactionnelles (pour rappel, se référer à la présentation du modèle, page 23). Notre hypothèse générale est que ce modèle théorique devrait se vérifier dans le contexte particulier de la rémission à long terme du cancer du sein, pour prédire le développement post-traumatique. Cependant, afin de spécifier des hypothèses plus précises, nous proposons tout de suite un résumé condensé de la revue de la littérature

sur le sujet, telle qu'elle a été plus exhaustivement présentée dans l'approche théorique de la présente thèse (partie I de la thèse).

Au niveau des antécédents, les variables sociodémographiques semblent avoir très peu d'impact sur le développement post-traumatique, et lorsque des liens sont trouvés, les résultats sont souvent inconsistants selon les recherches. Le développement post-traumatique ne semble dépendre ni du niveau de revenus (Barak et al., 2006 ; Cordova et al., 2007 ; Helgeson et al., 2006 ; Lechner et al., 2003 ; Sears et al., 2003 ; Widows et al., 2005), ni du niveau d'éducation (Dunkek-Schetter et al., 1992 ; Harper et al., 2007 ; Lechner et al., 2003 ; Sears et al., 2003), ni de l'activité professionnelle (Carver et al., 2006 ; Morrill et al., 2008 ; Lechner et al., 2003 ; Urcuyo et al., 2005 ; Widows et al., 2005), bien que Bellizzi et Blank (2006) aient trouvé une association positive entre le fait de travailler et le développement post-traumatique. Quant à l'âge, il n'est pas lié au développement dans un certain nombre d'études sur le cancer du sein, (Carver et al., 2006 ; Forrest-Morril et al., 2008 ; Mols et al., 2009 ; Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2004), tandis que dans d'autres protocoles incluant parfois divers cancers, un jeune âge prédit plus de développement (Bellizzi, 2004 ; Belizzi & Blank, 2006 ; Bower et al., 2005 ; Cordova et al., 2007 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Pinquart et al., 2007 ; Lechner et al., 2003 ; Porter et al., 2006 ; Widows, et al., 2005). Ces résultats suggèrent que l'effet de l'âge sur le développement varie peut-être selon le sexe ou le type de cancer, puisque dans toutes les études sur divers cancers, l'âge impacte le développement, tandis que dans la majorité des études sur le cancer du sein, ce n'est pas le cas.

Au niveau des variables médicales, sur une longue période après le diagnostic, le temps depuis le diagnostic n'est pas lié au développement (Bellizzi, 2004 ; Carver et al., 2006 ; Cordova et al., 2001, 2007 ; Harper et al., 2007 ; Morrill et al., 2008 ; Lechner et al., 2003), pas plus que le type d'opération (mastectomie versus chirurgie conservatrice ; Carver et al., 2006 ; Cordova et al., 2007 ; Mols et al., 2009 ; Morrill et al., 2008 ; Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2006). Souvent, les traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) ne sont pas associés au PTG (Bower et al., 2005 ; Carver et al., 2006 ; Cordova et al., 2007 ; Morrill et al., 2008 ; Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2004), bien que la chimiothérapie se soit parfois révélée prédictrice de développement (Harper et al., 2007 ; Schroevers & Teo, 2008). Enfin, si le stade de la tumeur ne montre parfois pas d'association avec le PTG (Cordova et al., 2007 ; Mols et al., 2009), un lien curvilinéaire a aussi été établi entre stade de la tumeur et développement, de sorte que le développement est

maximal pour un niveau intermédiaire de gravité de la maladie (Lechner et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2004 ; Urcuyo et al., 2005).

Pour récapituler, au niveau des variables sociodémographiques et médicales, seuls l'âge, la chimiothérapie et le stade de la tumeur pourraient donc être des prédicteurs potentiels.

En ce qui concerne les variables de personnalité, l'effet direct de l'optimisme sur le développement après un cancer du sein n'est pas unanimement avéré. Carver et al. (2006), Harper et al. (2007), ainsi que Lechner et al. (2006) ont mis en évidence un effet positif, qui n'a pourtant pas été trouvé par d'autres chercheurs (Bellizzi & Blank, 2006 ; Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2006). L'effet positif de l'affectivité positive sur le développement après divers événements, bien qu'encore trop peu étudié, semble plus consensuel (Abraido-Lanza et al., 1998 ; Linley & Joseph, 2004 ; Rabe et al., 2006 ; Tedeschi & Calhoun, 1996). Inversement, l'affectivité négative n'a encore jamais démontré d'influence sur le développement suite à toutes sortes d'événements (Abraido-Lanza et al., 1998 ; Park et al., 1996 ; Rabe et al., 2006), comme suite au cancer (Lechner et al., 2003). Enfin, l'internalité est aussi une variable de personnalité qui n'a pratiquement jamais été étudiée par rapport au développement post-traumatique. Une recherche de Park et Fenster (2004) sur toutes sortes d'événements stressants montre cependant un effet direct de l'internalité sur le développement.

En résumé, la personnalité pourrait donc avoir un effet direct sur le développement, par l'optimisme et surtout par l'affectivité positive, c'est-à-dire par des variables "positives" de personnalité. L'effet de l'internalité pourrait être testé à titre exploratoire. En revanche, une variable de personnalité plutôt névrotique, comme l'affectivité négative n'a ici, théoriquement, aucune influence directe sur le développement.

Pour finir, trois variables transactionnelles nous semblent particulièrement importantes au regard du développement post-traumatique. Il s'agit du coping, du stress perçu et du soutien social perçu. En effet, le développement résultant de la "*confrontation et de la lutte avec tout événement de vie défiant hautement les ressources de l'individu*" (Tedeschi & Calhoun, 2004, p.1, traduction libre), il est alors essentiel d'avoir un indicateur de stress perçu afin de mesurer à quel point l'événement a effectivement défié les ressources de l'individu. De plus, pour faire face à la confrontation avec l'événement jusqu'au point d'en tirer des bénéfices, des ressources sont nécessaires, et en tant que telles, le coping et le soutien social perçu sont à prendre en compte. Arméli et al. (2001) ont d'ailleurs montré avec une analyse en cluster que les personnes vivant le plus de développement post-traumatique suite à divers

événements, sont celles qui ont vécu un haut niveau de stress couplé à un coping adaptatif important, ainsi qu'à beaucoup de soutien social perçu.

En oncologie, le stress perçu au diagnostic ou lors des traitements prédit effectivement toujours le PTG (Barakat et al., 2006 ; Bellizzi & Blank, 2006 ; Cordova et al., 2001, 2007 ; Sears et al., 2003 ; Widows et al., 2005). Cependant, un lien curvilinéaire entre stress perçu et développement a aussi été suggéré dans la revue de questions de Linley et Joseph (2004) portant sur divers événements. En outre, la relation curvilinéaire trouvée entre la gravité objective de la maladie (évaluée par le stade de la tumeur) et le développement post-traumatique (Lechner et al., 2003), soutiendrait aussi cette hypothèse. Finalement, conformément à la théorie de Calhoun et Tedeschi (2006), le développement post-traumatique nécessite un certain niveau de stress perçu (relation linéaire) qui, s'il devient trop fort, pourrait alors devenir contre productif par rapport au développement (relation curvilinéaire).

En ce qui concerne le coping, les formes de copings adaptatifs, telles que l'acceptation, la réinterprétation positive, la recherche de soutien social, le coping religieux, etc., sont positivement liées au développement post-traumatique après le cancer du sein (Bellizzi & Blank, 2006 ; Karanci & Erkam, 2007 ; Lechner et al., 2006 ; Porter et al., 2006 ; Urcuyo et al., 2005 ; Sears et al., 2003), comme après toutes sortes de cancers (Collins et al., 1990 ; Ho et al., 2004 ; Jim et al., 2006 ; Luszczynska et al., 2005 ; Schroevers & Teo, 2008 ; Schulz & Mohamed, 2004 ; Widows et al., 2005). D'une façon générale et quel que soit l'événement traumatique de référence, à l'exception du coping d'impuissance-désespoir ou de l'usage de substances, toute forme de coping est, soit positivement associée au développement, soit non associée, mais jamais négativement associée au PTG. Dans la recherche en cancérologie, même des copings a priori délétères, tels que l'usage de substances ou le désengagement comportemental, s'accompagnent certes, de moins de développement dans certains cas (Ho et al., 2004 ; Urcuyo et al., 2005), mais non dans d'autres (Ho et al., 2004 ; Widows et al., 2005). Il est donc véritablement rare qu'une forme de coping s'accompagne de moins de développement. En outre, plus que l'utilisation d'une forme de coping en particulier, c'est l'utilisation d'un éventail varié de copings adaptatifs qui prédit le plus de développement (Collins et al., 1990).

Enfin, il y a peu de consensus dans la littérature sur le lien entre soutien social perçu et développement suite à un cancer. Longitudinalement, Sears et al. (2003) ainsi que Widows et al. (2005) ne trouvent pas d'effet direct du soutien sur le développement, tandis que le soutien social reçu à proximité de l'opération d'un cancer prédit bien le fait de trouver des bénéfices à la maladie un an plus tard pour d'autres auteurs (Pinquart et al., 2007 ; Schulz &

Mohamed, 2004 ; Schwarzer et al., 2006). Cela étant, on rappelle que le fait de trouver des bénéfices à la maladie (benefit finding) est un concept différent du PTG, bien qu'étant lié (Mols et al., 2009 ; Sears et al., 2003), puisque c'est le fait de trouver des bénéfices, allié à un coping adaptatif, qui prédirait le PTG (Sears et al., 2003). En fait, le soutien social aurait un effet direct uniquement sur la dimension du PTG liée aux rapports aux autres (Harper et al., 2007 ; Luszczynska et al., 2005). Le soutien social aurait aussi un effet indirect sur le développement par l'intermédiaire d'un coping adaptatif (Luszczynska et al., 2005 ; Porter et al., 2006).

Pour récapituler, au niveau des variables transactionnelles, on retiendra l'importance avérée de toute forme de copings adaptatifs sur le développement. Le stress perçu s'accompagne aussi de développement, de façon linéaire ou curvilinéaire. En revanche, l'effet du soutien social est moins clair ; il aurait surtout un impact sur les dimensions relationnelles du PTG.

En outre, dans une optique exploratoire, nous avons pensé que les séquelles du cancer perçues à long terme pourraient prédire le développement post-traumatique. Bien qu'à notre connaissance, aucune étude n'ait encore pris en compte cette variable dans la prédiction du PTG, il nous semble intéressant de tester cette hypothèse. En effet, l'idée cardinale du développement post-traumatique est qu'un tel développement n'est possible que suite à un traumatisme, ou du moins à un stress important, auquel un individu a été confronté, et a su faire face (Tedeschi & Calhoun, 2004). En tant que marqueurs et traces de ce stress, les séquelles perçues, quelles qu'elles soient, pourraient tout à fait prédire le développement. Ainsi, tout comme le stress perçu, les séquelles pourraient prédire linéairement ou curvilinéairement le développement, trop de séquelles pouvant être un frein au PTG.

A côté des effets directs des antécédents et variables transactionnelles sur les issues à prédire, le modèle de Bruchon-Schweitzer (2002) postule aussi des effets indirects des antécédents sur les issues. Dans la littérature, l'hypothèse de l'effet d'une personnalité positive (optimiste, à haute affectivité positive et faible affectivité négative) sur le coping adaptatif (Aspinwall et al., 2005 ; Carver & Scheier, 2005 ; Tennen & Affleck, 1998) a souvent été posée, et nous la retenons comme valable. L'affectivité positive devrait aussi favoriser la perception de soutien social (Headay & Wearing, 1989 ; Salovey et al., 2000). En outre, des effets inter-transactions sont aussi à spécifier. On notera ainsi l'effet du stress perçu sur la

mise en place de différentes formes de coping (Chang et al., 1998 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Franks et Roesch, 2006), tout comme l'effet du soutien social, également générateur de copings adaptatifs (Cayrou & Dickes, 2008 ; Ell et al., 1989 ; Grassi et al., 1993 ; Luszczynska et al., 2005). Néanmoins, trop de stress favorise au contraire des copings non adaptatifs (DRESS, 2008 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Parle et al., 1996), suggérant un effet curvilinéaire du stress sur le coping adaptatif.

En résumé, notre objectif majeur est de trouver un modèle français du développement post-traumatique et de prédire ce critère à long terme d'un cancer du sein, issue encore trop peu étudiée sur le long terme. Seule l'étude de Mols et al. (2009) s'intéresse au développement à 10 ans d'un cancer du sein, mais uniquement par des régressions multivariées et non en proposant un modèle intégratif. Notre modèle théorique de référence est celui de Bruchon-Schweitzer (2002). Conformément à ce modèle et aux données théoriques passées en revue, nos hypothèses sont les suivantes :

- au niveau des antécédents, la personnalité positive, et en particulier l'affectivité positive, devrait avoir un effet direct sur le développement et indirect, médiatisé par le coping adaptatif. La chimiothérapie pourrait aussi être un prédicteur potentiel.
- au niveau des variables transactionnelles, le coping adaptatif et le stress perçu devraient impacter le développement, et le soutien social également mais uniquement sur la dimension relationnelle de l'issue. Le coping devrait être expliqué linéairement par le soutien social, et curvilinéairement par le stress perçu.
- au niveau des issues, les séquelles perçues pourraient avoir un effet linéaire ou curvilinéaire direct sur le développement.
- des effets médiateurs des antécédents sur l'issue sont attendus par l'intermédiaire des variables transactionnelles et en particulier par l'intermédiaire du coping.

Enfin, nous avons aussi pour objectif de voir, dans quelle mesure, les modèles qui seront trouvés pour la prédiction du PTG à long terme d'un cancer du sein pourraient s'appliquer à une population contrôle faisant référence à toutes sortes d'événements traumatiques, de santé ou non. Il s'agira donc de voir s'il existe des spécificités dans la prédiction du développement post-traumatique cancéreux par rapport à des événements traumatiques de différentes natures. A notre connaissance, cette question de recherche n'a

encore jamais fait l'objet d'études comprenant des modèles intégratifs, et nous nous situons donc ici dans une visée exploratoire.

2. Méthode

2.1. Procédure, mesures et participants

Les échantillons et mesures utilisées pour ceux décrits précédemment dans la "Partie II: Méthodologie de la recherche", page 157. En outre, le développement d'une version française du PTGI est proposé.

2.2. Analyses statistiques

2.2.1. AFC du PTGI

Le modèle original américain du PTGI de Tedeschi et Calhoun (1996) est constitué de 5 dimensions et d'un score global. Afin de tester l'adéquation de ce modèle à nos données, une analyse factorielle confirmatoire (AFC) a été réalisée. L'AFC ne montrant pas une bonne adéquation des données au modèle, une analyse factorielle exploratoire (AFE), avec factorisation en axes principaux, compte tenu de la non normalité de la dimension spiritualité (Costello & Osborne, 2005), et rotation oblique (oblimin directe) a alors été réalisée. Une nouvelle AFC a été menée suivant les résultats de l'AFE. Les résultats de cette procédure en deux étapes, exploratoire puis confirmatoire, doivent être pris avec précaution (Chin, 1998 ; Kline, 2005). En effet, cette procédure peut être trop sensible aux variations dues à l'échantillon d'une part, et reposer trop sur les données et non la théorie, d'autre part. En toute rigueur, une validation sur un autre échantillon serait donc nécessaire pour prétendre à une véritable analyse confirmatoire.

Compte tenu du nombre de paramètres à estimer (47) pour l'AFC du modèle original du PTGI, nous avons pris un échantillon large de 439 sujets, c'est-à-dire comprenant à la fois les sujets cancers et contrôles. En effet, en règle générale, on recommande un ratio observations/paramètres de 10 pour 1 (Kline, 2005). Cet échantillon assez large aura aussi l'avantage de compenser le fait que la procédure de validation utilisée soit sensible à l'échantillon.

L'AFC a été réalisée avec le logiciel AMOS 17 (Analysis of Moment Structures ; Arbuckle, 2007), à partir de la matrice de covariance et une estimation des paramètres par le maximum de vraisemblance. Bien que les items 5 et 18 (concernant la spiritualité) du PTGI ne suivent pas une distribution normale, étant positivement asymétriques, nous avons cependant utilisé cette méthode. En effet, d'une part, elle supporte une certaine violation de la distribution normale et d'autre part, les autres items vérifiaient bien la condition de normalité. Comme recommandé, plusieurs tests et indices seront rapportés à chaque fois (Byrne, 2001 ; Kline, 2005 ; Roussel et al., 2002 ; Schumacker & Lomax, 2004). Notamment, il est conseillé de rapporter à la fois des indices absolus, incrémentaux et de parcimonie. Nous proposons de passer en revue brièvement les indices les plus courants et complémentaires que nous allons utiliser par la suite. Le test du χ^2 (indice absolu) indiquant l'écart entre le modèle théorique et les données. Contrairement à l'utilisation habituelle, l'objectif est ici de rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle on observerait une différence entre le modèle théorique et les données. On recherche donc un chi² le plus petit possible et non significatif. Cela étant, le χ^2 étant sensible à la taille de l'échantillon, il est souvent significatif avec des échantillons importants rejetant alors un modèle qui pourrait être acceptable. On considérera donc avec prudence le χ^2. Le χ^2 normé (indice de parcimonie) pallie justement ce problème en rapportant le χ^2 aux degrés de liberté (χ^2/ddl), et doit être inférieur à 5.

L'AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index, indice absolu) est une mesure de la quantité relative de variance et covariance de la matrice empirique expliquée par la matrice reconstituée (théorique), avec ajustement pour le nombre de degrés de liberté (Byrne, 2001). Un AGFI supérieur à 0.90 indique un bon ajustement du modèle aux données. Le SRMR (Standardized Root Mean Residual, indice absolu), dérivé du RMR, peut être considéré comme une mesure des résidus. Plus la valeur est proche de zéro, et meilleur est le modèle puisque les résidus seraient faibles. Une valeur du SRMR inférieure à 0.10 est favorable au modèle (Kline, 2005). Le TLI (Tucker-Lewis Index, indice incrémental) et le CFI (Comparative Fit Index) sont des indicateurs de comparaison du modèle soumis par rapport au modèle nul (ou modèle indépendant) où toutes les variables observées seraient indépendantes ; leur valeur doit être supérieure à 0.9. Enfin, le RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation ; indice absolu) est une mesure de divergence entre les deux modèles qui répond à la question de l'adéquation du modèle à la matrice de covariance que l'on obtiendrait avec la population. En outre, le RMSEA tient compte des degrés de liberté et est donc sensible au nombre de paramètres estimés, c'est-à-dire à la parcimonie du modèle

(Byrne, 2001). Une valeur inférieure à 0.05 indique un bon ajustement, une valeur comprise entre 0.05 et 0.08 est encore acceptable, mais au-delà de 0.08 l'ajustement est considéré comme médiocre.

2.2.2. Tests de modèles en pistes causales

Pour la prédiction des variables dépendantes, des modèles en pistes causales ont été testés. Ils présentent plusieurs avantages, notamment par rapport à des régressions multiples classiques : ils ne surestiment pas autant la variance expliquée, ni les coefficients de régression, ils prennent en compte l'erreur liée à chaque variable endogène, ils permettent de tester des effets médiateurs (indirects) ainsi que des effets modérateurs en une seule fois, ils permettent différentes estimations des paramètres, dont l'utilisation de boostrapping pour avoir les intervalles de confiance et la signification des effets indirects, ou encore l'estimation bayèsienne dont la procédure inférentielle est possible pour tous les paramètres.

Le dernier point mentionné sur la possibilité de tester facilement des effets médiateurs par les modèles en pistes causales, notamment avec AMOS, est particulièrement important compte tenu de la structure du modèle de référence de Bruchon-Schweitzer (2002) qui stipule des effets indirects des antécédents sur la VD par la médiation des variables transactionnelles. Pour rappel, une variable a un effet indirect total sur une autre, lorsque l'effet de la première sur la seconde passe uniquement par une troisième variable. L'effet indirect peut aussi être partiel, si l'effet de la première sur la seconde passe partiellement par une troisième variable, mais est aussi direct de la première à la seconde variable. Si l'effet indirect est total, la prise en compte de la variable médiatrice fera tomber à zéro l'effet de la première variable sur la seconde. Si l'effet indirect est partiel, l'effet de la première variable sur la seconde diminuera, sans toutefois disparaître totalement. Pour illustration, citons un exemple de Hair, Black, Babin, Anderson et Tathma (2006). L'intelligence a un effet direct sur la réussite scolaire. Néanmoins, en prenant en compte l'effet du travail scolaire sur la réussite scolaire, l'effet direct de l'intelligence sur la réussite diminue fortement. En effet, l'intelligence a un effet direct sur la réussite, mais aussi indirect, médiatisé par le travail scolaire fourni. Sans travail, l'intelligence a peu d'effet direct sur la réussite scolaire. Un médiateur est donc en quelque sorte un actualisateur de l'effet d'une variable sur une autre. On calcule logiquement l'effet indirect en multipliant le coefficient de l'effet de la VI au médiateur par le coefficient de l'effet du médiateur à la VD. Le raisonnement est le suivant (Kline, 2005) : la VI a un effet direct sur le médiateur (par exemple 0.12), mais seulement une partie de cet effet sera transmise à la VD

par l'effet du médiateur à la VD (par exemple 0.23). Dans cet exemple, l'effet indirect est donc de 0.12*0.23 = 0.0276. Ainsi, les effets indirects ont souvent des valeurs absolues assez faibles. Pour donner un repère, Hair et al. (2006) considèrent la valeur absolue de 0.08 comme référence pour un effet indirect. En dessous de cette valeur, les auteurs considèrent l'effet indirect comme faible. Si plusieurs médiateurs existent successivement, on calcule de même l'effet indirect en faisant le produit de tous les effets d'une variable à une autre. AMOS calcule directement l'effet direct, indirect et total (= direct+indirect) d'une variable sur une autre. Il est important de savoir que l'effet indirect calculé par AMOS est l'effet indirect total d'une variable sur une autre lorsqu'il y a plusieurs médiateurs, c'est-à-dire qu'il prend en compte toutes les variables médiatrices et tous les chemins possibles par lesquels une variable a un effet indirect sur une autre. L'effet indirect total est calculé en faisant la somme des effets indirects spécifiques (Preacher & Hayes, 2008), et c'est bien cet effet qui est fourni par AMOS. Si on cherche la significativité d'un effet indirect spécifique par un médiateur en particulier, il faudra le calculer à la main, et/ou procéder à une estimation bayèsienne pour avoir le seuil de significativité, car par défaut AMOS ne peut le faire.

La spécification des modèles a été réalisée dans une double démarche, exploratoire et confirmatoire. La démarche confirmatoire repose sur le fait que nos modèles ont été spécifiés en fonction de deux éléments théoriques : le modèle de psychologie de la santé de Bruchon-Schweitzer (2002) et la théorie de Calhoun et Tedeschi (2006) sur le développement post-traumatique. Conformément au modèle de Bruchon-Schweitzer (2002), notre spécification comprend des variables antécédentes (personnalité, caractéristiques sociodémographiques et/ou médicales) qui seront toujours représentées graphiquement à gauche, des variables transactionnelles potentiellement médiatrices qui sont représentées au milieu du graphique, et la ou les variables dépendantes à droite. Dans une approche confirmatoire, cette ossature théorique devra rester. En outre, selon Calhoun et Tedeschi (2006), le développement post-traumatique survient de la confrontation et de la lutte avec un événement hautement stressant pour l'individu. Conformément à cette base théorique, il sera essentiel d'inclure dans notre modèle des variables liées au stress (qu'il s'agisse du stress perçu ou des séquelles laissées par la maladie), ainsi que des variables ressources permettant au sujet d'affronter le stresseur (personnalité positive, coping, etc.). Le respect de ces deux bases théoriques et notamment de la structure du modèle de Bruchon-Schweitzer (2002), constitue l'aspect confirmatoire de nos analyses. L'aspect exploratoire vient du fait que les modèles ont aussi été spécifiés en fonction de l'examen des matrices de corrélations entre variables et de la réalisation de régressions

multiples préliminaires. Cependant, même dans cette visée exploratoire, la théorie doit toujours servir de guide afin d'éviter par exemple les pièges des corrélations sans sens (spurious correlations) ou des effets de suppression, comme le souligne Kline (2005). L'aspect exploratoire tient aussi du fait que les modèles ont été respecifiés en supprimant des paramètres non significatifs ou en en ajoutant selon les indices de modifications fournis par AMOS, toujours uniquement lorsque ces modifications avaient un sens théorique, condition sine qua non d'une telle respécification (Byrne, 2001). De même, suivant les recommandations de Schumacker (2006), la procédure de recherche de spécification (Specification Search) a également été utilisée dans une visée exploratoire, en prenant toujours la précaution de n'explorer que des effets qui auraient un sens théorique.

Comme pour l'AFC, l'estimation du modèle devra se fonder sur les indicateurs d'adéquation décrits ci-dessus, mais aussi sur les points suivants (Kline, 2005 ; Vrignaud, 2009 ; Weston, Gore, Chan & Catalano, 2008) : la fiabilité des paramètres (Heywood cases par exemple), leur force et leur significativité, les valeurs trop importantes des indices de modifications, les variances des variables endogènes et les variances d'erreur, les résidus standardisés (qui doivent être inférieurs à 3 en valeur absolue). En effet, la prise en compte des seuls indices d'adéquation, pratique trop courante dénoncée comme la "fit index tunnel vision" par Kline (2005), ne permet pas d'apprécier la pertinence théorique d'ensemble du modèle.

Enfin, on fera également attention à la puissance du test, donnée capitale et pourtant trop souvent ignorée. La puissance d'un test est sa capacité à révéler un effet qui existe réellement, c'est-à-dire à rejeter l'hypothèse nulle si elle est effectivement fausse. Dans notre cas, l'hypothèse nulle stipule qu'il n'y a pas de différence entre le modèle spécifié et les données. Si la puissance du test est trop faible, l'hypothèse nulle risque de ne pas être rejetée, et on risque alors de ne pas rejeter un modèle qui pourtant devrait l'être. Afin d'avoir une puissance raisonnable, compte tenu de la taille de notre échantillon cancéreux (N=307), il faudra toujours veiller à avoir une trentaine de degrés de liberté pour arriver à une puissance correcte de près de 80% (Kline, 2005 ; MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996). En utilisant la macro de Preacher et Coffman (2006), disponible sur Internet et qui calcule la puissance par le RMSEA, on trouve par exemple pour un échantillon de N=307, avec 30 degrés de liberté et un alpha de 0.05, une puissance de 0.79 pour détecter une différence de RMSEA de 0.05 à 0.08, ce qui confirme que notre échantillon cancéreux requiert bien 30 degrés de liberté pour une puissance d'environ 80%. Dans la suite de cette thèse, nous utiliserons toujours les

mêmes critères pour le calcul de la puissance, à savoir un alpha de 0.05 pour la détection d'une différence de RMSEA de 0.05 à 0.08. En prenant l'échantillon total (échantillon cancer+ échantillon contrôle) de N=439, on aura besoin de moins de degrés de liberté, et par exemple, la puissance du test sera de près de 90% avec 30 degrés de liberté (MacCallum, Browne & Sugawara, 1996).

Il est important de garder en tête que la rétention d'un modèle sur tous ces critères, aussi excellent soit-il dans son ajustement aux données, ne signifie en aucun cas que le modèle retenu soit l'unique modèle explicatif de la réalité (Bacher, 1999). Un modèle répondant aux critères énoncés ci-dessous reste simplement un modèle théorique plausible explicatif de la réalité. Comme le souligne Bacher (1999), deux modèles a priori différents sur le sens peuvent très bien montrer tous deux une bonne adéquation aux données. On retiendra donc qu'un modèle reste toujours une possibilité explicative de la réalité, parmi d'autres.

2.2.3. Analyses multi groupes : effet modérateur du groupe

Afin d'explorer la spécificité des modèles trouvés prédictifs du développement post-traumatique après un cancer du sein, nous avons réalisé des analyses classiques multi-groupes sous AMOS (Arbuckle, 2007 ; Weston et al., 2008). Le principe est le suivant. Le modèle est d'abord testé de façon indépendante pour chacun des groupes, c'est-à-dire dans notre cas, groupe cancer et groupe contrôle. Dans ce cas, on ne met aucune contrainte sur l'estimation des paramètres entre les groupes, les paramètres à estimer sont libres pour chaque groupe, le modèle est libre. Puis, on teste un modèle totalement contraint où l'on spécifie une équivalence de tous les paramètres entre les groupes. Dans notre cas, on spécifiera l'équivalence des effets directs d'une variable à une autre ainsi que l'équivalence de la variance de la VD afin de voir si le modèle explique une proportion de variance équivalente d'un groupe à un autre. Cette spécification teste donc l'hypothèse que les modèles sont équivalents entre les groupes, autrement dit que la variable groupe n'est pas modératrice des effets spécifiés. Si l'adéquation du modèle totalement contraint aux données n'est significativement pas différente de celle du modèle non contraint (testé par la significativité du delta des χ^2 de chaque modèle), cela signifie que notre hypothèse est juste, et que l'on peut considérer que le modèle s'applique de façon similaire aux deux groupes. En revanche, si le modèle contraint est significativement moins bon que le modèle libre, cela signifie que notre hypothèse d'équivalence est fausse et que certains effets sont significativement différents selon les groupes. Afin d'identifier quels sont les effets spécifiques à chacun des groupes, on

part du modèle totalement contraint et on libère un à un les paramètres à estimer entre les groupes. Lorsque la libération d'un paramètre entre les groupes améliore significativement le modèle, cela signifie que ce paramètre est significativement différent entre les groupes, c'est-à-dire que le groupe a un effet modérateur sur cet effet.

Notre échantillon de personnes "contrôles" comprend 132 sujets. Aussi, nous ne pouvons raisonnablement tester que des modèles relativement simples, ne comprenant guère plus que 13 à 16 paramètres à estimer, pour respecter la règle généralement admise d'une dizaine de sujets par paramètres à estimer (Kline, 2005) qui assure une certaine précision statistique. Les modèles que nous avons retenus pour la comparaison des groupes sont donc issus des modèles initiaux testés sur le groupe cancer, mais nous avons dû les simplifier pour les raisons évoquées ci-dessus. Ils comprennent moins de variables et de paramètres à estimer que les modèles plus complexes dont ils sont issus.

3. Résultats

3.1. Un modèle français du développement post-traumatique

3.1.1. La structure américaine d'origine en 5 dimensions

Les alphas de Cronbach des 5 dimensions d'origine sont corrects, montrant une bonne fiabilité interne avec les valeurs suivantes : relations aux autres (0.85), nouvelles possibilités (0.86), changements spirituels (0.83), force personnelle (0.79), appréciation de la vie (0.81) et score global (0.93). Cependant, l'AFC montre que le modèle américain d'origine n'est pas compatible avec nos données : $\chi^2(184, N=439) = 769$, $p<0.001$, χ^2 normé = 4.2, AGFI = 0.809, TLI = 0.863, RMSEA = 0.85 avec IC = [0.079-0.091].

3.1.2. L'analyse factorielle exploratoire (AFE)

Trois facteurs ont été retenus de l'analyse en tenant compte du critère de Kaiser ainsi que du scree plot, où le coude apparaissait clairement. Ces trois facteurs expliquent 58% de la variance totale, un pourcentage proche des 60% de variance expliquée par le modèle original américain (Tedeschi & Calhoun, 1996). Nous avons retenu les items dont la saturation à un facteur était supérieure à 0.5, et qui, en cas de saturation à plusieurs facteurs, avaient une différence d'au moins 0.4 entre les deux saturations. Une description des trois facteurs est proposée ci-dessous (Tableau 15).

Tableau 15 : Analyse factorielle exploratoire du PTGI.

Facteurs et items associés	*Facteur I*	*FII*	*FIII*
Changements personnels (41.89% de variance)			
1[a]. J'ai changé de priorités dans la vie	0.716		
2. J'apprécie plus ma vie à sa vraie valeur	0.675		
3. Je me suis intéressée à de nouvelles choses	0.739		
4. J'ai acquis plus de confiance en moi	0.757		
7. J'ai donné une nouvelle direction à ma vie	0.779		
10. Je suis davantage capable de gérer des situations difficiles	0.743		
11. Je fais de ma vie quelque chose de meilleur	0.822		
12. J'accepte mieux la façon dont les choses se passent	0.771		
13. J'apprécie davantage chaque jour de ma vie	0.715		
14. De nouvelles opportunités sont apparues qui ne seraient pas apparues autrement	0.593		
Rapport aux autres (8.96%)			
6. Je vois mieux que je peux compter sur les autres		0.718	
20. J'ai vraiment compris à quel point les gens pouvaient être formidables		0.793	
21. J'accepte mieux le fait d'avoir besoin des autres		0.656	
Spiritualité (7.1%)			
5. J'ai développé une certaine spiritualité			0.785
18. J'ai une foi religieuse plus grande			0.908

a : numéro de l'item

L'analyse montre l'existence d'un facteur principal important regroupant 10 items et expliquant près de 42% de variance. Ce facteur renvoie à des items des dimensions d'origine de l'appréciation de la vie, d'une nouvelle force personnelle et de nouvelles possibilités. Finalement, il s'agit d'un ensemble de changements personnels ou de changements de vie. Le second facteur regroupe 3 items et seulement près de 9% de variance. Il renvoie à un rapport différent aux autres qui, après la maladie, sont vus comme une vraie ressource, fiable et désormais importante pour les sujets. Le dernier facteur correspond au facteur d'origine lié à la spiritualité, avec deux items, et ici seulement une part de variance de 7.1%.

3.1.3. Analyse factorielle confirmatoire (AFC)

Suite à l'AFE, nous avons réalisé une AFC en utilisant les résultats ci-dessus et en soumettant donc à nos données un modèle de second ordre, avec 3 facteurs de premier ordre (constitué des items retenus par l'AFE) et un facteur global de second ordre. Ce modèle s'ajustait mal aux données, $\chi^2(87, N=439) = 427.42$, $p<0.001$, AGFI= 0.835, TLI = 0.882, RMSEA = 0.095. Nous avons donc respécifié le modèle.

Sur des considérations statistiques qui faisaient sens, nous avons, selon les indices de modifications observés, autorisé une covariance entre les termes d'erreur des items 2 et 13

tous deux liés à une meilleure appréciation de la vie, et entre les erreurs des items 10 et 11, tous deux liés à une meilleure gestion de la vie. En effet, lorsque deux items sont très proches sur le sens, la covariance de leurs erreurs se justifie, indiquant un facteur commun aux deux items (Byrne, 2001). Les indices de modifications suggéraient aussi de nombreuses covariances entre l'erreur liée à l'item 1 ("j'ai changé de priorités dans la vie") et beaucoup d'autres erreurs, ainsi qu'entre l'erreur liée à l'item 12 ("j'accepte mieux la façon dont les choses se passent") et d'autres erreurs également. Ici, plutôt que de libérer toutes ces covariances, nous avons supprimé ces deux items, dont les covariances avec des erreurs d'items de différentes dimensions ne faisaient pas sens et suggéraient un manque de spécificité des deux items en question. En outre, les indices de modifications suggéraient aussi des liens entre ces deux items et le facteur relationnel de développement, ce qui posait également problème. Ces modifications ont nettement amélioré le modèle qui présentait alors un ajustement correct aux données, $\chi^2(60, N=439) = 139.94$, $p<0.001$, χ^2 normé = 2.216, AGFI =0.934, TLI=0.966, RMSEA =0.053 [0.041-0.065]. Ce modèle aurait pu être retenu.

Cependant, sur des fondements théoriques, nous avons pensé que le facteur de spiritualité n'avait pas forcément lieu d'exister en France tel quel. En effet, si culturellement, la spiritualité est très présente aux Etats-Unis, tel n'est pas le cas dans l'hexagone, comme en atteste d'ailleurs l'asymétrie positive des deux items liés à ce facteur, problématique pour la suite de nos analyses. A ce titre, il faut noter que la traduction littérale de l'item 18, "J'ai une foi religieuse plus grande" n'est sans doute pas la plus appropriée compte tenu de cette différence culturelle. En outre, d'un point de vue statistique, il est peu recommandé de maintenir un facteur avec seulement deux indicateurs (Byrne, 2001 ; Kline, 2005 ; Roussel et al., 2002 ; Schumacker & Lomax, 2004), dont la distribution non normale est de plus problématique, compte tenu de l'estimation par le maximum de vraisemblance. Ainsi, plutôt que de supprimer totalement ce facteur, nous avons pensé à supprimer l'item le plus spécifiquement religieux (l'item 18) et à conserver le plus ouvert, l'item 5, (j'ai développé une certaine spiritualité) en le rattachant au facteur général de changements personnels. En effet, le développement d'une certaine spiritualité peut être compris, dans un sens large, comme une autre façon de voir la vie, de l'apprécier, et de ressentir plus de sérénité. Il s'apparenterait donc à l'appréciation de la vie et à une nouvelle force personnelle, caractéristiques du premier facteur. L'adéquation du nouveau modèle aux données est parfaitement acceptable (à l'exception du test du χ^2 significatif, ce qui était attendu compte tenu de la taille de l'échantillon) : $\chi^2(51, N=439) = 112.515$, $p<0.001$, χ^2 normé = 2.206, AGFI =0.940,

TLI=0.968, CFI = 0.975, SRMR = 0.0436, RMSEA =0.052 [0.039-0.066], et la puissance du test calculée avec la macro de Preacher et Coffman (2006) est de 0.98, c'est-à-dire très forte, ce qui permet d'être sûr que le modèle n'est pas accepté à tort. Ainsi, le modèle obtenu, en deux facteurs de premier ordre, changements personnels et rapports différents aux autres, avec un facteur global de second ordre, est plausible et acceptable, il sera donc utilisé pour les analyses ultérieures. Il est présenté dans la figure 7 ci-dessous avec les estimations standardisées. Pour chaque variable observée, nous avons mis le numéro de l'item de la version originale du PTGI ainsi qu'une brève description. Le nombre apparaissant en haut à droite de chaque variable correspond à la variance expliquée de la variable.

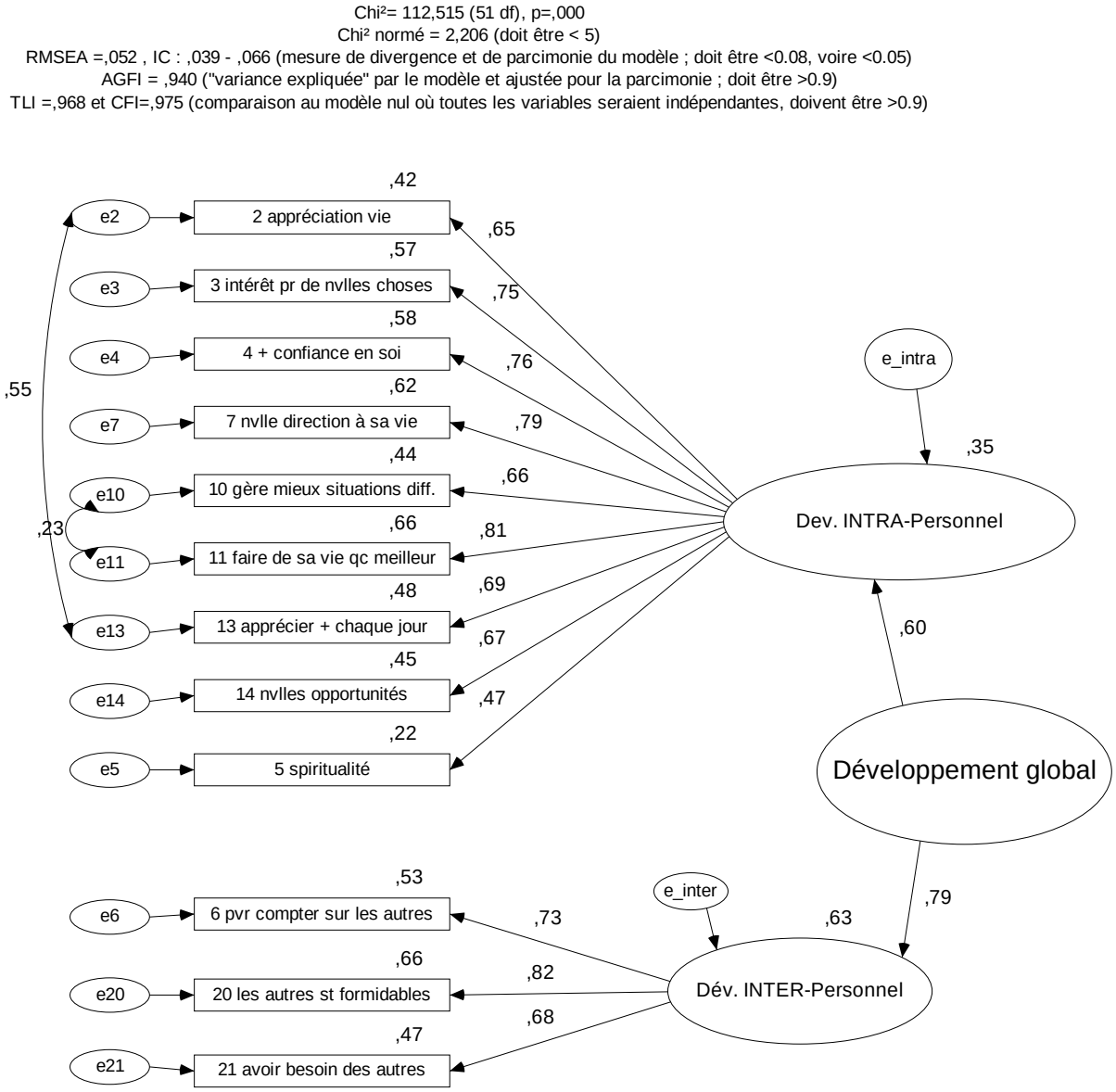


Figure 7 : AFC de la structure proposée du PTGI français.

On observe une bonne validité convergente des deux facteurs où les coefficients de régression standardisés sont tous supérieurs à 0.65, à l'exception de celui lié à l'item 5 sur la spiritualité (0.47). La consistance interne des deux facteurs est tout à fait correcte, avec les alphas de Cronbach suivants, $\alpha = 0.783$ pour le facteur des relations aux autres, $\alpha = 0.892$ pour les changements personnels, et $\alpha = 0.887$ pour le facteur global. La validité discriminante est également mise en évidence par une corrélation non excessive de 0.47 entre les deux facteurs de premier ordre.

3.2. Modèles en pistes causales pour la prédiction du développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein

3.2.1. Introduction

Utilisant la mesure du développement post-traumatique décrite précédemment, notre objectif est à présent d'établir un modèle intégratif prédictif du développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein. Compte tenu du nombre important de variables retenues et de la taille de notre échantillon cancéreux (N=307), nous n'utiliserons que des variables observées.

Bien que le modèle global de référence (Bruchon-Schweitzer, 2002) soit le même quelle que soit la VD, nous proposons un modèle spécifique pour chaque VD, changements personnels, rapports aux autres, et changement global, afin de prendre en compte les particularités propres à chaque VD. Dans l'optique de laisser une place particulière au rôle des séquelles dans la prédiction de la VD, question encore jamais étudiée telle qu'elle, nous n'inclurons cette variable dans nos modèles que dans un second temps. Dans un dernier temps seulement, nous nous intéresserons à la question de la spécificité des modèles selon les groupes, cancer et contrôle.

Après examens des corrélations partielles, les antécédents retenus dans nos modèles sont les suivants : affectivité positive, négative, optimisme, chimiothérapie (en codage dichotomique), âge au diagnostic, situation professionnelle au diagnostic (en dichotomique également, c'est-à-dire "en activité professionnelle au diagnostic" versus "toutes autres situations"). Ces variables ont été retenues pour leur effet direct sur la VD (développement personnel, relationnel, général) ou bien sur une variable transactionnelle. On notera que l'internalité, qui ne présentait aucun de ces effets, n'a pas été retenue. Les trois variables

transactionnelles disponibles (coping adaptatif, stress perçu et soutien social perçu) ont été retenues pour leur effet direct et/ou indirect sur la VD. Nous avons aussi introduit le stress perçu mis au carré afin de spécifier un effet curvilinéaire en U inversé du stress sur la VD, ainsi que sur le coping adaptatif. On notera que parmi les différentes formes de soutien, c'est le soutien émotionnel perçu qui a été retenu pour son effet direct, presque significatif (p=0.056) sur le coping adaptatif, toute autre forme de soutien perçu ne présentant pas d'effet sur les autres variables transactionnelles, comme sur la VD.

En respectant strictement la structure du modèle intégratif de référence, on devrait spécifier un modèle où tous les antécédents auraient un effet direct et indirect (médiatisé par les transactions) sur la VD et où toutes les variables transactionnelles auraient un effet direct sur la VD. Chaque antécédent aurait donc 5 flèches exogènes, et chaque transaction au moins une flèche exogène en direction de la VD. Le modèle proposé est présenté ci-dessous, figure 8 (avec omission volontaire des erreurs, des covariances entre antécédents, ainsi que de flèches au stress perçu² pour plus de lisibilité).

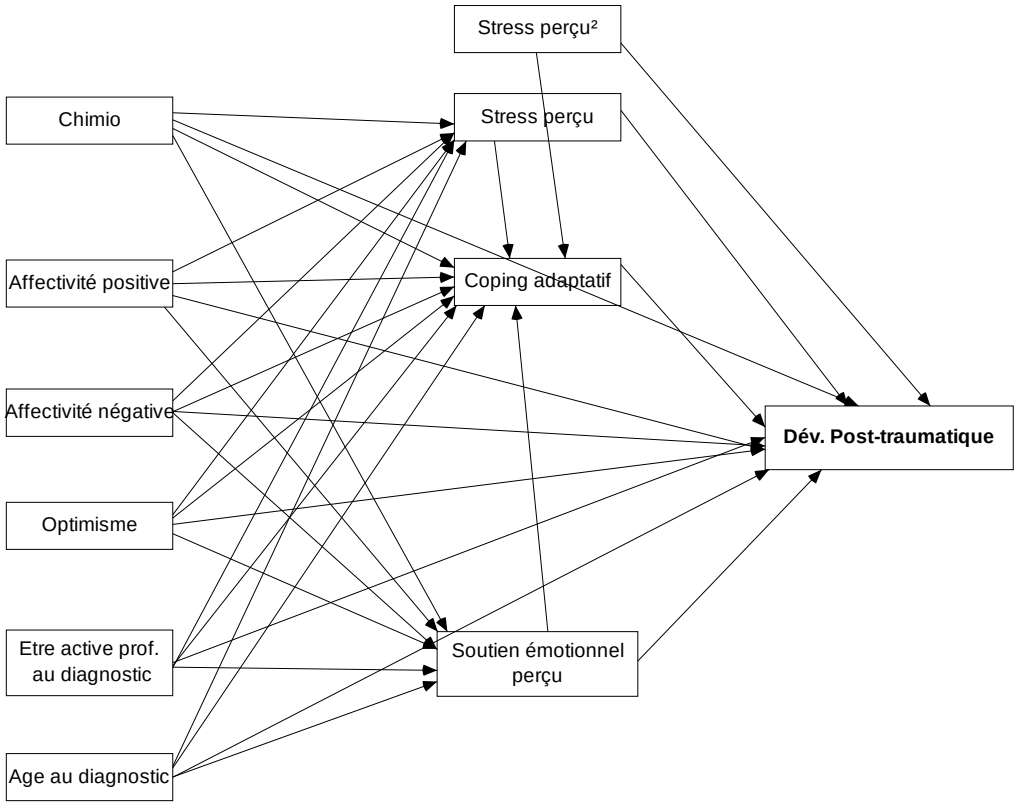


Figure 8 : Modèle hypothétique général de la prédiction du développement post-traumatique.

L'adéquation de ce modèle aux données est très bonne et identique pour les 3 VD, puisque le modèle n'est pas rejeté par le test du khi²: $\chi^2(11, N=307) = 14$, $p=.208$, χ^2 normé = 1.3, AGFI =0.950, TLI=0.988, RMSEA =0.032 [0.000-0.072]. Cela signifie que notre hypothèse générale est juste, à savoir que l'ossature de notre modèle de référence (Bruchon-Schweitzer, 2002) se vérifie dans ce contexte particulier de prédiction du développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein. Néanmoins, d'une part la puissance du test de 0.45 calculée avec la macro de Preacher et Coffman (2006), n'est pas assez forte pour rejeter le modèle s'il devait l'être dans 55% des cas, d'autre part ce modèle n'est pas adapté aux théories spécifiques au développement post-traumatique, exposées dans l'introduction et sur lesquelles nous avons fondé nos hypothèses. En outre, en spécifiant ainsi tous les paramètres possibles, le modèle est loin de respecter le principe de parcimonie. C'est pourquoi, en fonction de nos hypothèses théoriques et de la prise en compte des indices de modifications d'AMOS, nous avons respécifié le modèle pour chaque VD (développement personnel, relationnel, global), comme présenté successivement ci-dessous.

Quelle que soit la VD, les variables observées retenues sont les mêmes et des covariances entre variables exogènes ont été autorisées. Il s'agit des covariances entre les 3 variables de personnalité, affectivité positive, négative, optimisme, des covariances entre l'âge au diagnostic, la chimiothérapie et l'activité professionnelle, ainsi que de la covariance entre l'âge et l'optimisme. Ces covariances se justifient, et c'est pourquoi nous les avons spécifié comme paramètres libres. En effet, il est possible qu'avec l'âge, les personnes soient moins actives professionnellement au diagnostic ; de même, l'âge covarie inversement avec la chimiothérapie car le jeune âge favorisant une propagation rapide du cancer, il s'accompagne souvent d'un traitement adjuvant de chimiothérapie pour plus d'efficacité. La seule covariance qui pourrait être discutable est celle spécifiée entre l'âge et l'optimisme. Bien que nous n'ayons pas de preuve théorique à l'appui, il ne paraît pas improbable, dans la tranche d'âge de notre échantillon (de 25 à 65 ans, m = 52.6, SD = 7.7) que plus on avance en âge, et moins on est optimiste d'une façon générale, compte tenu de l'appréhension possible de la vieillesse.

3.2.2. Prédiction du facteur de changements personnels

Le modèle retenu pour la prédiction du facteur de changements personnels est présenté avec les valeurs standardisées des coefficients (figure 9 ; dans un souci de lisibilité, les coefficients des effets sont ici placés au-dessus de la flèche représentant l'effet). La valeur

figurant en haut à droite des variables endogènes (ou dépendantes) correspond à la variance de la variable expliquée par le modèle (en pourcentage).

L'examen global de la sortie AMOS ne pose pas de problème : paramètres fiables sans variance négative ou valeur excessive, résidus standardisés des covariances inférieurs à 3 en valeur absolue, pas d'indices de modifications excessifs qui seraient théoriquement justifiés. Tous les coefficients d'effets sont significatifs à $p<0.005$, à l'exception de l'effet estimé de l'affectivité (négative et positive) au soutien émotionnel perçu où $p<0.05$, et de l'effet du soutien perçu au coping adaptatif où $p=0.056$. L'ajustement global est tout à fait correct avec une puissance de 0.82 (test du RMSEA) du fait des 33 degrés de liberté : $\chi^2(33, N=307) =50$, $p=0.029$, χ^2 normé = 1.5, AGFI =0.941, TLI=0.980, CFI = 0.988, RMSEA =0.041 [0.013-0.063], SRMR =0.0495. Ce modèle s'ajuste donc bien aux données, c'est un modèle plausible à retenir, qui permet d'expliquer 41% de la variance du développement post-traumatique personnel.

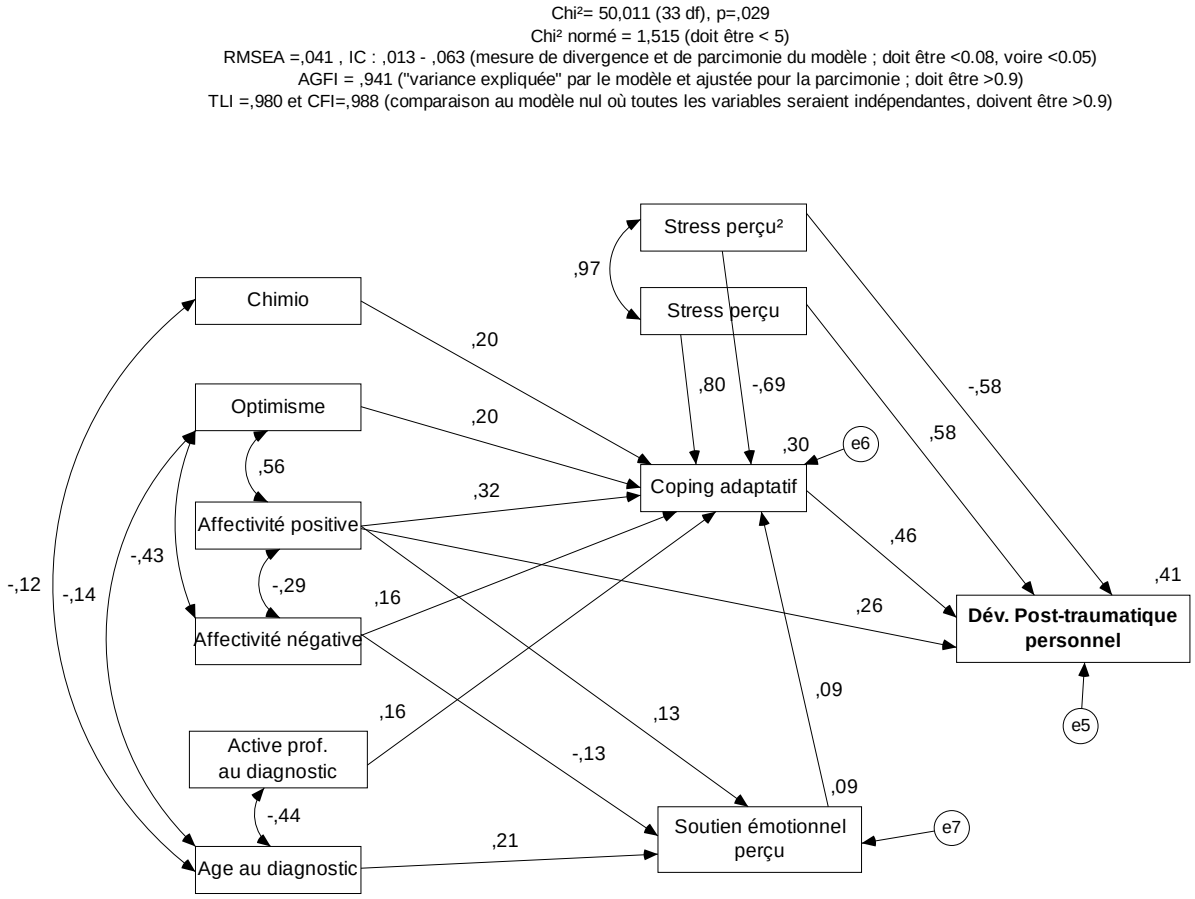


Figure 9 : Modèle prédictif proposé du développement personnel.

Nous proposons à présent de décrire le modèle, notamment les effets directs et indirects des variables sur le développement, sans commentaire ni interprétation pour le moment, ce qui sera fait dans la discussion.

3.2.2.1. Effets directs sur le développement personnel

Au niveau des antécédents, seule l'affectivité positive a un effet direct sur le développement personnel (0.26, $p<0.001$). Au niveau des variables transactionnelles, le soutien émotionnel perçu n'a pas d'effet direct sur la VD, tandis que le coping adaptatif a un effet direct important sur le développement personnel (0.46, $p<0.001$), tout comme le stress perçu dont l'effet curvilinéaire spécifié est significatif. L'effet curvilinéaire ne peut être interprété correctement que par les coefficients non standardisés. L'effet non standardisé du stress au développement est de 0.133 ($p<0.002$) et l'effet non standardisé du stress² au développement de -0.01 ($p<0.002$) (voir l'extrait du modèle avec les coefficients non standardisés, figure 10). Selon la méthode de Cohen, Cohen, West et Aiken (2003), la pente de la droite de régression tangente au U inversé pour un X donné (c'est-à-dire pour un stress perçu donné) est comme suit : pente = B1+2B2X, ainsi dans notre cas, la pente = 0.133+2(-0.01)X = 0.133 -0.02X. Le stress perçu est évalué sur une échelle de 0 à 20. Ainsi, l'équation montre qu'à X = 11 (c'est-à-dire 0.133/0.02), la pente de la tangente égale zéro et la façon dont le stress perçu prédit le développement s'inverse. Ainsi quand le stress augmente de 0 à 11, il provoque une hausse du développement, tandis qu'au-delà de ce niveau de stress, le stress ne provoque plus d'augmentation du développement mais au contraire le diminue. Le fait que l'effet du stress sur le développement s'inverse à la valeur de stress perçu de 11 (sur 20), c'est-à-dire à peu près à la moitié de la métrique du stress perçu (de 0 à 20), montre que le U inversé est centré et symétrique, et confirme donc un véritable effet curvilinéaire et non linéaire. D'ailleurs, pour confirmation, la spécification d'un effet linéaire habituel donne un coefficient non standardisé de 0.003 et standardisé de 0.01, non significatif ($p=0.774$).

Si l'effet est donc bien curvilinéaire, la taille de cet effet devrait être modérée. En effet, compte tenu de la faible valeur absolue des coefficients (0.133 et 0.02) par rapport à la métrique des scores (stress perçu de 0 à 20 et développement personnel de 0 à 5), les pentes des tangentes ne sont pas très fortes indiquant un U inversé plutôt évasé, et donc un effet modéré du stress perçu sur le développement personnel.

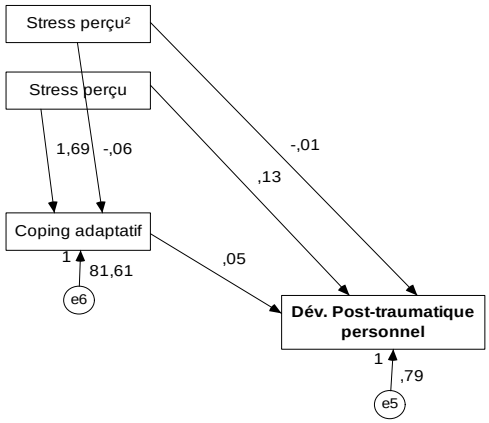


Figure 10 : Spécification de l'effet curvilinéaire du stress perçu sur le coping et le développement personnel (coefficients non standardisés).

3.2.2.2. Effets indirects sur le développement personnel

Tous les antécédents ont un effet indirect sur la VD, médiatisé le plus souvent par le coping adaptatif. Une procédure de boostraping (2000 échantillons, intervalle de confiance corrigé de 90%, monte carlo boostraping) a été utilisée pour fournir les seuils de significations. On donnera ici les effets indirects standardisés et leur signification. Lorsqu'un effet indirect passera par une relation curvilinéaire entre deux variables, on ne fera que décrire l'effet, car cela n'aurait pas de sens de donner des valeurs standardisées pour un tel effet, et le calcul de l'effet indirect par les valeurs non standardisées serait trop complexe.

La chimiothérapie a un effet indirect sur le développement personnel médiatisé par le coping adaptatif (effet indirect standardisé= 0.092, $p<0.001$). Avoir reçu de la chimiothérapie favorise le coping qui lui-même favorise le développement. L'activité professionnelle a également un effet indirect, médiatisé par le coping (0.07, $p<0.002$). Le fait d'être active professionnellement lors du diagnostic favorise le coping qui, à son tour, favorise le développement. L'effet indirect de l'âge au diagnostic passe par le soutien émotionnel perçu, puis par le coping adaptatif (effet indirect significatif très faible de 0.009, $p<0.05$). Plus l'âge est grand au diagnostic, plus le soutien émotionnel perçu est important, ce qui a tendance à favoriser le coping ($p=0.056$) et donc le développement. L'optimisme a un effet indirect, médiatisé par le coping (0.092, $p<0.01$), l'optimisme favorisant le coping et donc le développement. L'affectivité positive a un effet indirect total de 0.15, $p<0.001$, médiatisé essentiellement par le coping, mais aussi dans une moindre mesure par le soutien émotionnel perçu, puis par le coping. L'affectivité positive favorise le coping et donc le développement, mais aussi la perception de soutien émotionnel, qui à son tour, a tendance à provoquer un coping adaptatif et donc du développement. L'affectivité négative a aussi un effet indirect

total sur la VD (0.07, p<0.010). Cet effet indirect est double : d'une part, l'affectivité négative provoque du développement personnel par la médiation du coping adaptatif qu'elle entraîne, d'autre part l'affectivité négative diminue indirectement le développement en diminuant le soutien émotionnel perçu et par ricochet son effet sur le coping et donc sur le développement.

Les antécédents ont donc des effets indirects sur le développement personnel, qui transitent par les variables transactionnelles. Les antécédents ont ici des effets indirects à 100%, à l'exception de l'affectivité positive dont l'effet indirect est partiel, puisqu'un effet direct a aussi été mis en évidence. En effet, tout paramètre non spécifié libre par l'utilisateur est par défaut estimé à zéro dans AMOS, ce qui signifie qu'en l'absence de flèche d'une variable à une autre, une relation d'indépendance entre les variables est supposée. Ainsi, compte tenu de la bonne adéquation du modèle aux données et des indices de modifications déjà pris en compte dans cette spécification, toute flèche non existante (par exemple de la chimiothérapie à la VD) relate une estimation nulle et correcte de l'effet (ou de la covariance le cas échéant). C'est pourquoi, à l'exception de l'affectivité positive, les effets indirects trouvés sont indirects à 100%, puisque ce n'est que par l'intermédiaire des variables transactionnelles que les antécédents, à l'exception de l'affectivité positive, jouent sur le développement.

Deux variables transactionnelles, le stress et le soutien émotionnel perçus ont également des effets indirects sur le développement personnel. Le stress perçu a un effet curvilinéaire en forme de U inversé sur la prévalence du coping adaptatif (Figure 10 ci-dessus). Toujours selon la méthode de Cohen et al. (2003), la pente de la droite de régression tangente au U inversé pour un X donné (c'est-à-dire pour un stress perçu donné) est comme suit : pente = B1+2B2X, ainsi dans notre cas, la pente = 1.69 +2(-0.06)X = 1.69 -0.12X. On rappelle que le stress perçu est évalué sur une échelle de 0 à 20. Ainsi, l'équation montre qu'à X = 14 (c'est-à-dire 1.69/0.12), la pente de la tangente égale zéro et la façon dont le stress perçu prédit le coping s'inverse. Lorsque le stress varie de 0 à 14 (sur 20), il augmente donc le coping adaptatif qui lui-même augmente le développement. En revanche, au-delà d'un stress de 14 sur 20, le stress diminue le coping et donc par ricochet ralentit l'augmentation du développement personnel. Là encore, la faible valeur absolue des coefficients par rapport à la métrique des deux scores (de 0 à 20 pour le stress perçu et de 22 à 88 pour le coping) indique que le U inversé est évasé, c'est-à-dire que l'effet du stress perçu sur le coping est modéré à n'importe quel endroit du U inversé. De plus, le fait que l'effet du stress sur le coping s'inverse

à une valeur de stress de 14 (sur 20), montre que, sur près de ¾ des valeurs de stress, le stress augmente le coping, et l'effet ne s'inverse sur le dernier quart des valeurs de stress. Ainsi, quand on spécifie un effet linéaire du stress sur le coping, bien qu'il soit moins significatif que l'effet curvilinéaire ($p<0.001$ pour le curvilinéaire), on trouve quand même une valeur standardisée de 0.14 ($p<0.01$), qui s'explique par l'asymétrie du U inversé. Le soutien émotionnel a aussi tendance à avoir un effet indirect sur le développement, médiatisé par le coping adaptatif, mais cet effet indirect n'est pas significatif au seuil conventionnel de 5% ($p=0.072$).

3.2.3. Prédiction du facteur de changements liés aux rapports aux autres

Le modèle retenu pour la prédiction du facteur de changements liés aux rapports aux autres est présenté ci-dessous avec les valeurs standardisées des coefficients (Figure 11 ; les coefficients des effets sont encore placés au-dessus de la flèche représentant l'effet). L'examen global de la sortie d'AMOS, ainsi que les indicateurs d'adéquation globale montrent un modèle tout à fait plausible et acceptable qui explique 37% de variance des changements liés aux rapports aux autres : $\chi^2(33, N=307) = 49.51$, $p=0.032$, χ^2 normé = 1.5, AGFI =0.941, TLI=0.981, CFI = 0.988, RMSEA =0.040 [0.012-0.063], SRMR =0.0499. Les coefficients de régressions des effets présents ont la même significativité que dans le modèle précédent, prédictif du développement personnel. Ce modèle ressemble d'ailleurs assez au précédent. Néanmoins, certains changements importants doivent être mentionnés.

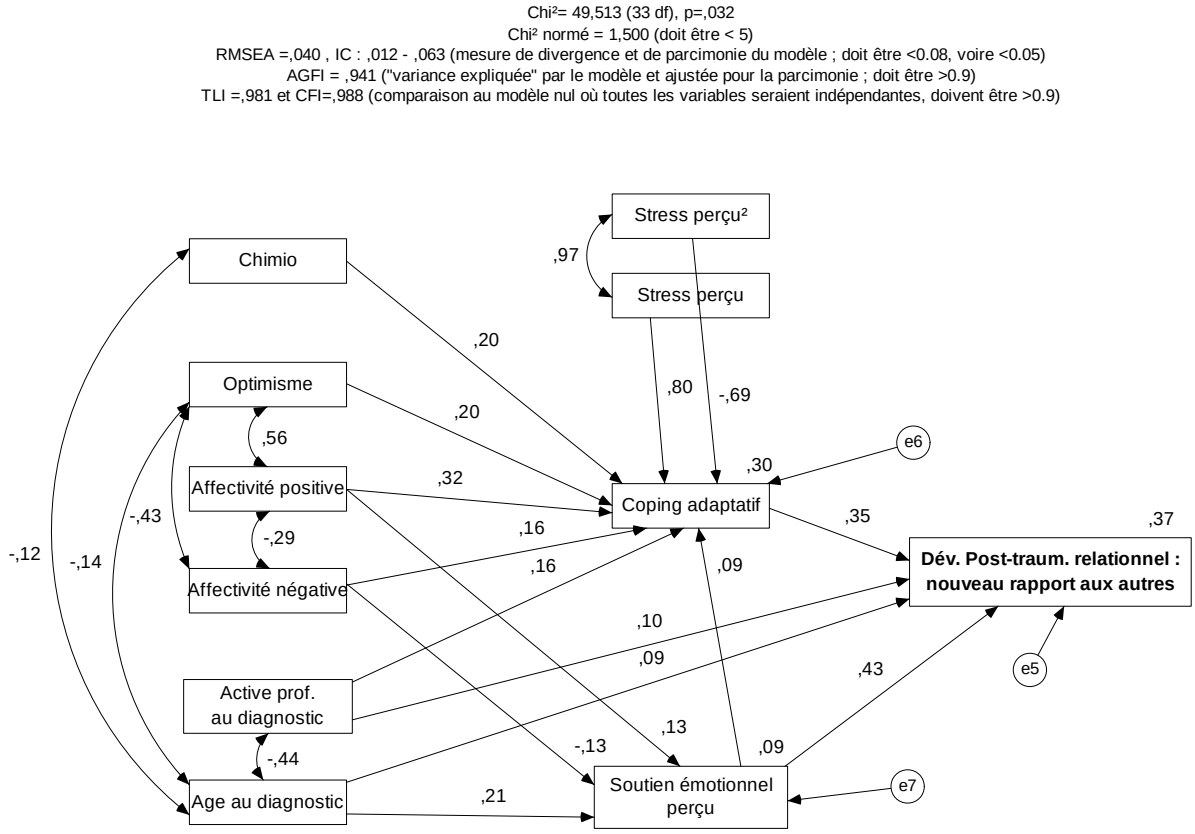


Figure 11 : Modèle prédictif proposé du développement relationnel.

3.2.3.1. Effets directs sur le développement relationnel

Au niveau des antécédents, l'affectivité positive n'a plus du tout d'effet direct sur le développement relationnel, comme en témoigne graphiquement l'absence de flèche de l'affectivité positive à la VD. En revanche, l'activité professionnelle au diagnostic qui n'avait pas d'effet direct sur le développement personnel a, cette fois, un effet direct sur le développement relationnel (valeur standardisée de 0.10, $p<0.05$). Etre active professionnellement au diagnostic prédit donc directement le développement relationnel. L'âge au diagnostic, qui n'avait pas non plus d'effet direct sur le développement personnel, aurait ici tendance à prédire le développement relationnel bien que l'effet ne soit pas significatif (0.09, $p = 0.073$). Seuls ces changements sont à noter au niveau des antécédents par rapport au modèle précédent.

En ce qui concerne les variables transactionnelles, le stress perçu ne montre plus d'effet direct sur le développement relationnel, ni linéaire, ni curvilinéaire. A l'inverse, le soutien émotionnel perçu qui échouait à prédire le développement personnel directement, montre cette fois un effet direct important de 0.43 ($p<0.001$) sur le développement relationnel.

Enfin, le coping adaptatif prédit encore directement le développement relationnel (0.35, p<0.001) bien que la taille de l'effet soit moins forte que pour la prédiction du développement personnel où, pour rappel, on avait un effet direct de 0.46 (p<0.001).

3.2.3.2. Effets indirects sur le développement relationnel

Comme dans le modèle précédent, nombreux sont les effets indirects des antécédents sur le développement relationnel, médiatisés par le coping, le soutien émotionnel et le stress perçu. La chimiothérapie prédit indirectement la VD, par la médiation totale du coping adaptatif (effet indirect standardisé de 0.07, p<0.001). L'activité professionnelle au diagnostic prédit aussi indirectement la VD, par la médiation partielle du coping adaptatif (0.056, p<0.01). L'âge au diagnostic a un effet indirect partiel, qui transite par le soutien émotionnel d'une part, ainsi que par le soutien émotionnel puis le coping d'autre part. Au total, cet effet indirect est de 0.097 (p<0.001). L'effet de l'optimisme transite totalement par le coping pour favoriser le développement relationnel (0.07, p<0.001). Bien que n'ayant plus d'effet direct sur la VD, l'affectivité positive a ici un effet indirect total fort (0.172, p<0.001), médiatisé par trois voies : celle du coping adaptatif, celle du soutien émotionnel et celle du soutien puis du coping. A l'inverse, l'effet indirect total de l'affectivité négative est nul et non significatif (-0.001, ns). En effet, si d'un côté l'affectivité négative augmente le développement relationnel par l'intermédiaire du coping, de l'autre elle diminue le développement en diminuant le soutien émotionnel perçu, et donc indirectement le développement qui s'en suit. Au total, l'addition des deux effets donne un effet indirect nul, qui n'influence donc pas la VD.

Le stress perçu maintient exactement le même effet curvilinéaire sur le coping adaptatif que dans le modèle précédent (mêmes coefficients), à savoir que pour un niveau de stress variant de 0 à 14 (sur 20), le stress provoque un coping adaptatif et donc indirectement un développement relationnel, tandis qu'au-delà de 14, le stress diminue le coping et donc le développement. Quant au soutien émotionnel, il aurait tendance à avoir un effet indirect médiatisé par le coping (0.033, p=0.07), effet cependant bien faible comparé à son effet direct notable de 0.43 (p<0.001).

3.2.4.. Prédiction du facteur général de développement post-traumatique

Le modèle retenu pour la prédiction du facteur général de développement post-traumatique est présenté ci-dessous avec les valeurs standardisées des coefficients (Figure 12 ; les coefficients des effets sont toujours placés au-dessus de la flèche représentant l'effet).

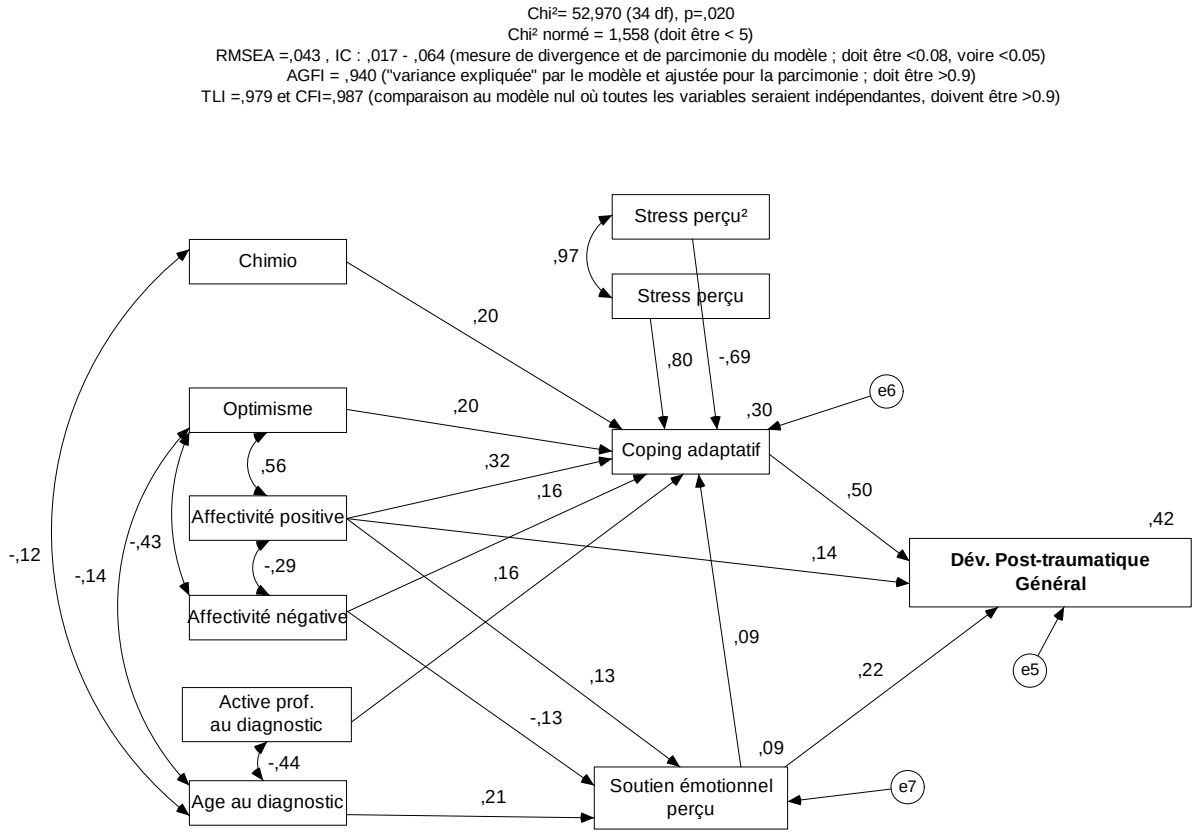


Figure 12 : Modèle prédictif proposé du facteur général de développement.

L'examen global de la sortie d'AMOS, ainsi que les indicateurs d'adéquation globale montrent un modèle tout à fait plausible et acceptable qui explique 42% de variance du développement post-traumatique général : $\chi^2(34, N=307) = 53$, $p=0.020$, χ^2 normé = 1.56, AGFI =0.940 TLI=0.979, CFI = 0.987, RMSEA =0.043 [0.017-0.064], SRMR =0.0494. Les coefficients de régressions des effets présents ont toujours la même significativité que dans les modèles précédents. Compte tenu de la similarité globale de ce modèle avec les précédents, nous proposons seulement une brève description de ce modèle.

3.2.4.1. Effets directs sur le développement post-traumatique général

Seules trois variables du modèle ont un effet direct sur le développement général, il s'agit du coping adaptatif, dont l'effet standardisé de 0.50 ($p<0.001$) sur la VD représente un effet fort selon les critères de Cohen (1988) sur les tailles d'effet en sciences sociales, du soutien émotionnel perçu (0.22, $p<0.001$) et de l'affectivité positive (0.14, $p<0.005$).

3.2.4.2. Effets indirects sur le développement post-traumatique général

Comme dans les modèles précédents, la chimiothérapie et l'activité professionnelle ont un effet indirect sur la VD, médiatisé par le coping (respectivement, 0.101, $p<0.001$ et .080, $p<0.005$). L'effet de l'âge reste médiatisé, d'une part par le soutien émotionnel, d'autre part, par le soutien puis le coping, pour un effet indirect total de (0.057, $p<0.001$). L'effet de l'optimisme transite toujours par le coping (0.10, $p<0.001$). L'affectivité positive a un effet indirect total fort (0.195, $p<0.001$) transitant à la fois par le coping, le soutien émotionnel, le soutien puis le coping. L'effet total indirect de l'affectivité négative est encore non significatif (0.047, $p=0.167$), son passage par le soutien émotionnel (qu'il diminue) annulant son passage par le coping (qu'il augmente). Le soutien émotionnel a toujours seulement tendance à passer par le coping (0.047, $p=0.07$), tandis que le stress perçu passe ici irrémédiablement par le coping, toujours de façon curvilinéaire, pour impacter le développement général. Tout comme dans les modèles précédents, on notera 30% de variance expliquée du coping adaptatif, 9% du soutien émotionnel perçu, et aucune variable prédictrice du stress perçu, point sur lequel nous reviendrons dans la discussion.

3.2.5. Modèles alternatifs incluant les séquelles perçues

Pour rappel, le questionnaire auquel répondaient les femmes en rémission, leur demandait si elles ressentaient des séquelles liées au cancer, et si oui, à quel point ces séquelles étaient gênantes avec une réponse en trois modalités possibles (peu, assez, très gênantes). Nous avons introduit dans les modèles précédents les séquelles en dummy coding selon le codage suivant : avoir des séquelles assez gênantes (0 ou 1), très gênantes (0 ou 1), la catégorie de référence correspondant donc à "pas de séquelles", ou bien "peu gênantes". Les modèles sont exactement les mêmes que les précédents, à l'exception de l'introduction des séquelles. Nous avons introduit les séquelles sans spécifier aucune variable explicative de ces séquelles. Cela a été fait ainsi pour les deux raisons suivantes : d'une part par parcimonie, car le nombre de paramètres libres à estimer étant déjà de 38 dans ce modèle, on ne pouvait plus

raisonnablement en ajouter, d'autre part parce que le codage des séquelles en 0 ou 1, n'offre pas une distribution normale de la variable, qui en aucun cas ne peut alors être spécifiée comme variable dépendante. En effet, l'estimation par le maximum de vraisemblance requiert une distribution normale des variables dépendantes. Cette façon d'introduire les séquelles sans variable explicative, qui suppose donc une totale indépendance des séquelles par rapport aux autres variables du modèle (ce qui n'est probablement pas le cas), risque ainsi de faire chuter quelque peu l'ajustement global des modèles. En revanche, l'introduction des séquelles a fait gagner des degrés de liberté à nos modèles, et par conséquent, a augmenté la puissance de nos tests, qui est passée à 90% pour la prédiction du développement relationnel et général, et à 94% pour la prédiction du développement personnel, toujours selon la macro de Preacher et Coffman (2006).

L'introduction des séquelles dans la prédiction du développement post-traumatique personnel ajoute 4% de variance expliquée de la VD qui monte de 41 à 45%, et aboutit à un modèle qui s'ajuste relativement correctement aux données (extrait du modèle, Figure 13) : $\chi^2(53, N=307) = 115$, $p=0.001$, χ^2 normé = 2.17, AGFI =0.906 TLI=0.939, CFI = 0.959, RMSEA =0.062 [0.046-0.077], SRMR =0.0695. Nous ne présentons ici que l'extrait du modèle comprenant les séquelles, le restant du modèle étant exactement similaire dans la spécification et les coefficients trouvés, aux modèles précédents.

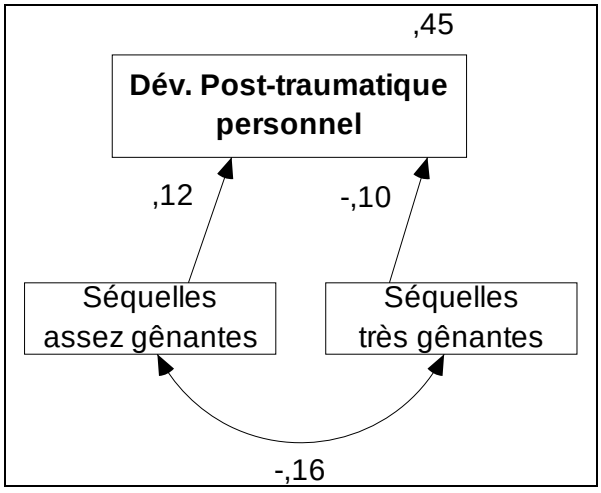


Figure 13 : Spécification de l'effet des séquelles sur le développement personnel.

Comme on le constate sur l'extrait du modèle, le fait d'avoir des séquelles assez gênantes (par rapport à pas ou peu de séquelles) augmente le développement personnel (0.12,

p<0.01), tandis que le fait d'avoir des séquelles très gênantes (par rapport à pas ou peu de séquelles) diminue le développement personnel (-0.10, p<0.05).

L'effet des séquelles n'est pas le même sur le développement relationnel et sur le développement global. Les séquelles assez gênantes n'ont aucun effet significatif sur le développement relationnel et global, et c'est pourquoi elles n'ont pas été spécifiées pour la prédiction de ces deux formes de développement. En revanche, le fait d'avoir des séquelles très gênantes (par rapport à toute autre situation) a un effet significatif négatif sur le développement relationnel (-0.14, <p0.005) et ajoute 1% de variance expliquée de la VD qui monte alors à 38%, dans un modèle dont l'ajustement global est correct : χ^2(43, N=307) =76, p=0.001, χ^2 normé = 1.8, AGFI =0.927 TLI=0.965, CFI = 0.977, RMSEA =0.050 [0.031-0.068], SRMR =0.0594. De la même façon, la perception de séquelles très gênantes (par rapport à toute autre situation) a aussi un effet significatif négatif sur le développement global (-0.17, p<0.001), et ajoute 2% de variance expliquée de la VD qui monte alors de 42 à 44%, dans un modèle dont l'ajustement global est aussi correct : χ^2(44, N=307) =78, p=0.001, χ^2 normé = 1.8, AGFI =0.927 TLI=0.966, CFI = 0.977, RMSEA =0.050 [0.031-0.068], SRMR =0.0587.

3.3. Spécificités de la prédiction du PTG cancéreux

Afin de répondre à notre objectif exploratoire de voir si les modèles décrits précédemment pour la population cancéreuse peuvent s'appliquer ou non pour prédire le développement après toutes sortes d'événements, nous avons effectué des analyses multi-groupes classiques sous AMOS pour les deux variables dépendantes, celle du développement personnel et celle du développement relationnel.

3.3.1. Le développement post-traumatique personnel

Compte tenu de la taille de notre échantillon pour la population contrôle (N=132), nous avons d'abord dû proposer un modèle de prédiction du développement personnel plus simple que celui proposé précédemment dans cette étude. Pour ce faire, nous avons enlevé les variables qui nous paraissaient les moins fondamentales au modèle, ainsi que la chimiothérapie qui ne pouvait de toute façon pas s'appliquer à la population contrôle. Nous avons donc spécifié le modèle plus simple suivant, figure 14, montré avec les coefficients non standardisés pour le groupe cancer. Ici, tous les coefficients des effets sont significatifs à

p<0.001, à l'exception de l'affectivité positive sur le soutien (p<0.01) et du soutien émotionnel sur le stress perçu (p=0.069). Pour la comparaison des groupes, on utilisera toujours les coefficients non standardisés, les coefficients standardisés ne permettant en aucun cas une comparaison entre deux groupes. Les valeurs indiquées en haut à droite de certaines variables correspondent à la variance de la variable.

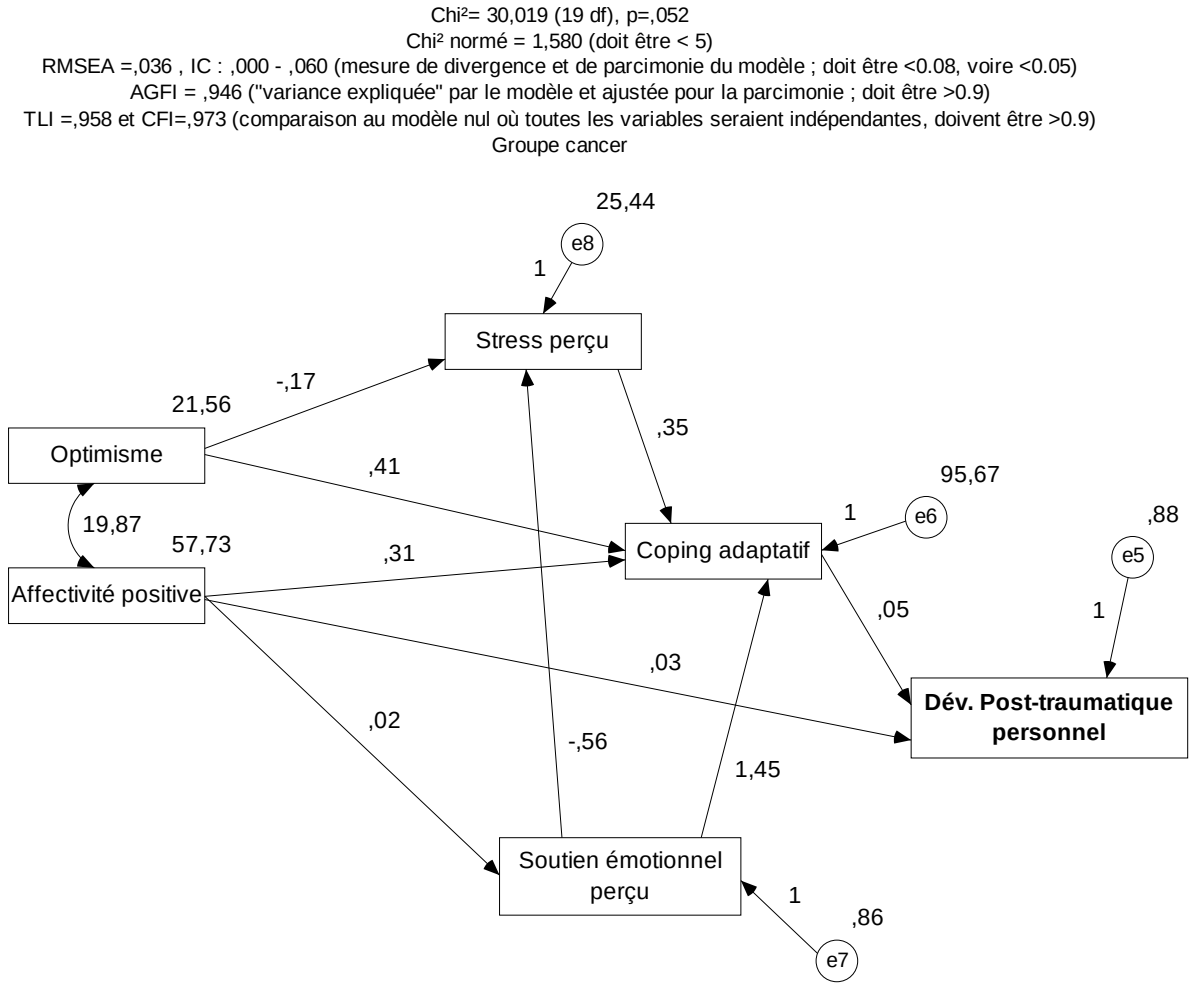


Figure 14 : Modèle prédictif du développement personnel - Groupe cancer.

Comme nous allons le voir tout de suite, le modèle exposé et retenu ici, est assez identique pour les deux groupes, mais pas totalement. Il s'ajuste bien aux données, $\chi^2(19, N=307+132) =27$, p=0.052, χ^2 normé = 1.58, AGFI =0.946 TLI=0.958, CFI = 0.973, RMSEA =0.036[0.000-0.060], avec un χ^2 quasiment non significatif au seuil de 5%, qui s'explique sans doute en partie par un nombre de degrés de liberté assez faible (19), qui entraîne peu de puissance à rejeter le modèle. Plus que l'ajustement du modèle aux données, c'est l'effet du

groupe sur le modèle qui nous intéresse ici. Le tableau suivant (Tableau 16), montre comment nous sommes arrivés à retenir le modèle exposé ci-dessus.

Tableau 16 : Analyse multi-groupes pour la prédiction du développement personnel.

Modèle et paramètre libéré	AIC	χ^2	DF	P du modèle	ΔDF	$\Delta\chi^2$ (p du Δ)	χ^2 normé
Unconstrained (modèle non contraint, donc libre)	76,725	12,725	10	,239			1,273
M1 : tout contraint	78,945	34,945	20	,020	10	22.22 (p<0.025)	1,747
M2 : optimisme à coping	80,568	34,568	19	,016	1	ns	1,819
M3 : affectivité positive (AP) à coping	79,016	31,016	18	,029	1	ns	1,723
M4 : soutien à coping	78,042	28,042	17	,044	1	ns	1,650
M5 : coping à PTG	76,968	24,968	16	,070	1	ns	1,561
M6 : AP à PTG	78,293	24,293	15	,060	1	ns	1,620
M7 : optimisme au stress	77,232	21,232	14	,096	1	ns	1,517
M8 : stress au coping	79,132	21,132	13	,070	1	ns	1,626
M9 : AP à soutien	80,612	20,612	12	,056	1	ns	1,718
M10 : soutien à stress	77,036	15,036	11	,181	1	5.577 (p<0.025)	1,367
M11 : variance d'erreur de la VD (donc indirectement variance de la VD)	76,725	12,725	10	,239	1	ns	1,273
Modèle retenu et présenté ici : un seul paramètre non contraint entre les 2 groupes = une seule spécificité	76,019	27.324	18	,073			1,580

Note : ns = non significatif au seuil de 5%

Ce tableau se lit comme suit. Tout d'abord, il montre que le modèle non contraint, donc non équivalent entre les groupes, est meilleur qu'un modèle totalement contraint qui suppose une équivalence parfaite entre les groupes. En effet, en libérant le modèle, on fait chuter le χ^2 de 22.22 (ΔDF=10), et comme cela est indiqué dans le tableau, cette différence est significative à $p<0.025$ pour 10 degrés de liberté d'écart. Cela nous indique donc qu'il existe un ou plusieurs paramètres significativement différents selon les groupes. Afin de voir quels sont ces paramètres, nous les avons libéré un à un. La colonne de gauche indique le paramètre libéré par rapport au modèle précédent (de la ligne supérieure) et qui est le paramètre que l'on teste donc. A l'exception de la dernière ligne, le tableau se lit en comparant une ligne avec la précédente. Par exemple, quand on libère entre les groupes le paramètre spécifiant l'effet de l'optimisme au coping, on constate que le χ^2 passe de 34.945 à 34.568 (ΔDF=1), mais que cette différence n'est pas significative (ns) au seuil de 5%. Autrement dit, on peut considérer que l'optimisme a le même effet sur le coping dans les deux groupes. En revanche, quand on

libère le paramètre de l'effet du soutien au stress, le χ^2 chute de 5.577 (ΔDF=1) et cette différence est significative à p<0.025 ; nous indiquant que l'effet du soutien sur le stress est significativement différent selon les groupes. C'est d'ailleurs la seule différence significative entre les groupes. Compte tenu de ces résultats, nous avons retenu un modèle qui spécifiait une équivalence des effets entre les groupes, à l'exception de l'effet du soutien sur le stress que nous laissons varier selon les groupes. Le modèle retenu est ainsi le plus ajusté aux données de tous si on prend aussi en compte la parcimonie du modèle, comme l'indique l'indice d'Akaike (Akaike Information Criterion, AIC) figurant dans le tableau, souvent utilisé pour comparer des modèles emboîtés comme nous venons de le faire (Kline, 2005). Parmi plusieurs modèles, celui dont l'AIC a la plus faible valeur est à retenir. Le modèle présenté ci-dessous, figure 15, correspond au modèle retenu pour la population contrôle. Il ne diffère donc de la population cancéreuse que sur une valeur, celle de l'effet du soutien émotionnel sur le stress perçu, qui avec une valeur non standardisée de 0.44 n'est pas significative (p=0.176).

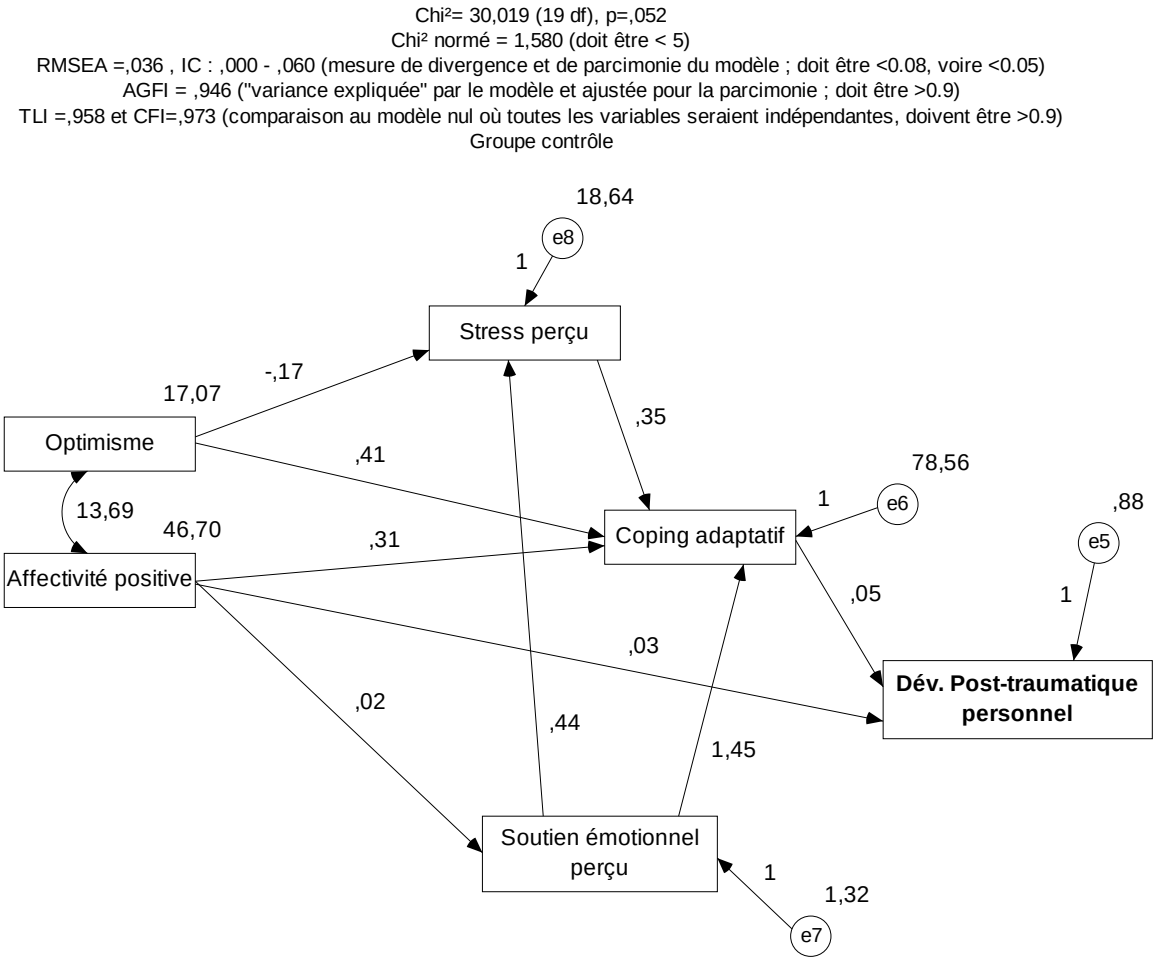


Figure 15 : Modèle prédictif du développement personnel – Groupe contrôle.

Ainsi, pour les deux groupes, on peut considérer les points communs suivants (on rappelle que tous les coefficients des effets sont significatifs à $p<0.001$, à l'exception de l'affectivité positive sur le soutien ($p<0.01$)). Le développement personnel est prédit directement par le coping adaptatif et l'affectivité positive, indirectement par le stress, le soutien émotionnel, l'affectivité positive et l'optimisme qui augmentent le coping, et donc le développement. Dans les deux groupes, l'optimisme diminue le stress perçu, et l'affectivité positive augmente le soutien émotionnel perçu. En revanche, dans le groupe cancer, le soutien émotionnel a tendance à diminuer le stress perçu ($p=0.069$), tandis que dans le groupe contrôle, ce soutien n'a aucun effet sur le stress perçu ($p=0.176$).

Enfin, le modèle spécifié permet d'expliquer 32% de variance du développement personnel pour le groupe cancer et 28% de variance pour le groupe contrôle, mais cette différence n'est pas significative au seuil de 5%, comme indiqué par le modèle 11 du tableau 16 (page 256). En effet, la variance d'erreur étant égale à : 1- R^2, si l'erreur n'est significativement pas différente, cela indique indirectement que la variance de la variable ($=R^2$) est comparable d'un groupe à l'autre.

3.3.2. Le développement relationnel

A nouveau, afin de réaliser l'analyse multi-groupes de façon fiable, compte tenu de la taille de l'échantillon contrôle, nous avons réduit le modèle proposé initialement pour le groupe cancer. Le modèle plus simple retenu est présenté figure 16, avec les valeurs non standardisées correspondant au groupe cancer. Ici encore, on peut considérer que le modèle est assez identique d'un groupe à l'autre, mais pas totalement. L'ajustement global est bon : $\chi^2(19, N=307+132) =31.6$, $p=0.035$, χ^2 normé = 1.7, AGFI =0.949 TLI=0.951, CFI = 0.969, RMSEA =0.039[0.010-0.062], ce modèle, même réduit est donc acceptable, bien qu'avec 19 degrés de liberté, la puissance du test soit peu satisfaisante.

Par rapport à notre objectif sur l'effet modérateur du groupe, on constate que le modèle contraint, supposant une équivalence totale entre les deux groupes, est significativement moins bon que le modèle libre, avec une différence de χ^2 de 24,981 ($p<0.01$; Tableau 17, page 260). Cela signifie qu'un ou plusieurs paramètres sont significativement différents d'un groupe à l'autre. L'examen du tableau révèle une seule spécificité, celle de l'effet du soutien perçu au stress perçu, déjà énoncée précédemment. Ainsi, et comme déjà stipulé, dans le groupe cancer, le soutien émotionnel a tendance à diminuer le stress perçu ($p=0.069$), tandis

que dans le groupe contrôle, le soutien émotionnel n'a aucun effet sur le stress perçu (p=0.176). Nous ne présentons pas le modèle prédictif du développement relationnel pour le groupe contrôle, puisque, mis à part l'effet du stress sur le soutien (déjà montré précédemment), c'est exactement le même que celui du groupe cancer (Figure 16). Finalement, mis à part cet effet, les autres effets peuvent être considérés comme similaires d'un groupe à l'autre. Ainsi, quel que soit le groupe, le développement relationnel est prédit directement par le coping adaptatif et le soutien émotionnel perçu, indirectement par le stress, l'optimisme, l'affectivité positive et le soutien perçu qui, en augmentant le coping, augmente aussi la VD. L'affectivité positive a toujours un effet indirect, médiatisé par une plus grande perception de soutien émotionnel et l'optimisme diminue toujours le stress perçu. Tous les effets cités à l'instant sont tous significatifs à p<0.001, à l'exception de l'effet de l'affectivité positive sur le soutien émotionnel (p<0.01).

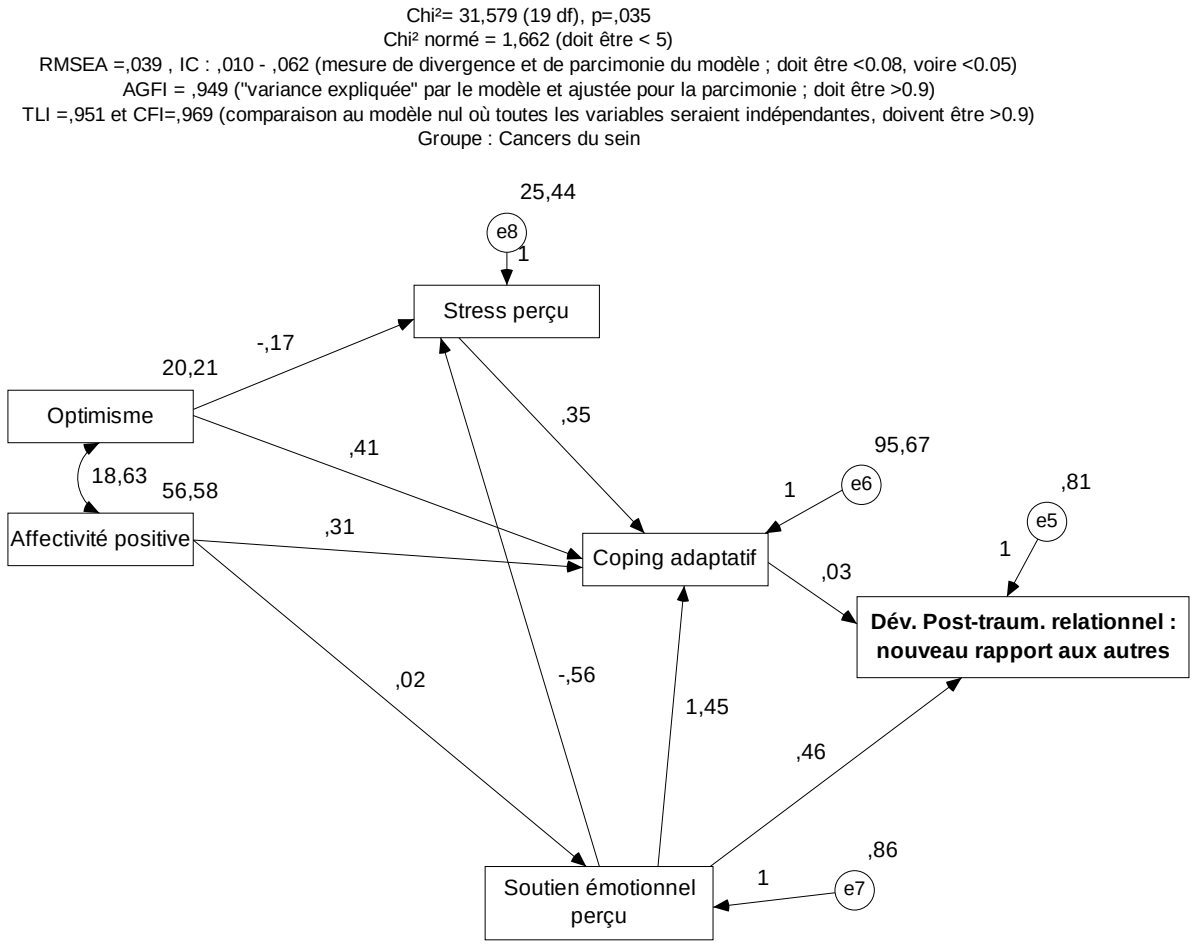


Figure 16 : Modèle prédictif du développement relationnel - Groupe cancer.

Tableau 17 : Analyse multi-groupes pour la prédiction du développement relationnel.

Modèle et paramètre libéré	AIC	χ^2	DF	P du modèle	ΔDF	$\Delta\chi^2$ (p du Δ)	χ^2 normé
Unconstrained (modèle non contraint, donc libre)	75,524	11,524	10	,318			1,152
M1 : tout contraint	80,505	36,505	20	,013	10	24,981 (p<0.01)	1,825
M2 : stress au coping	82,083	36,083	19	,010	1	ns	1,899
M3 : optimisme au coping	83,859	35,859	18	,007	1	ns	1,992
M4 : AP au coping	82,429	32,429	17	,013	1	ns	1,908
M5 : AP au soutien	83,909	31,909	16	,010	1	ns	1,994
M6 : coping au PTG relationnel	83,173	29,173	15	,015	1	ns	1,945
M7 : soutien au PTG relationnel	81,513	25,513	14	,030	1	ns	1,822
M8 : soutien au coping	80,586	22,586	13	,047	1	ns	1,737
M9 : soutien au stress	77,660	17,660	12	,126	1	4,926 (p<0.05)	1,472
M10 : optimisme au stress	75,950	13,950	11	,236	1	ns	1,268
M11 : variance d'erreur du dév. relationnel (donc indirectement, variance de la VD)	75,524	11,524	10	,318	1	ns	1,152
Modèle retenu et présenté ici : un seul paramètre contraint entre les 2 groupes	77,579	31,579	19	,035			1,662

Enfin, la variance du développement relationnel expliquée par le modèle est de 31% pour le groupe cancer, contre 29% pour le groupe contrôle. Comme indiqué dans le modèle 11 du tableau, cette différence n'est pas significative au seuil de 5%.

3.3.3. Conclusion

Qu'il s'agisse du développement personnel ou relationnel, on ne note pas de différence fondamentale entre les groupes. La seule différence correspond au fait que le soutien aurait tendance à diminuer le stress perçu lors du cancer du sein mais non lors des événements variés rapportés par la population contrôle. Cela étant, cette différence n'a pas trait à un effet direct d'une variable sur la VD, ni même à un effet indirect transitant par une seule variable, et représente donc une différence mineure par rapport au modèle global. Qu'il s'agisse du cancer du sein ou d'événements divers, les mécanismes en jeu dans la prédiction du développement post-traumatique seraient donc semblables, même si ces premières conclusions demandent à être vérifiées sur d'autres échantillons plus larges ainsi que sur des modèles plus complets.

4. Discussion

4.1. Les dimensions du développement post-traumatique

A notre connaissance, cette recherche est la première recherche française développant un modèle prédictif du développement post-traumatique évalué 5 à 15 ans d'un cancer. Pour ce faire, nous avons utilisé le PTGI (Posttraumatic Growth Inventory), un des questionnaires les plus utilisés pour la mesure du PTG et que nous avons traduit en français. Nos données françaises ne confirment pas la structure originale américaine du PTGI en 5 facteurs de premier ordre, et un de second ordre. Plusieurs raisons semblent plausibles. Tout d'abord, les facteurs culturels peuvent être invoqués, notamment par rapport à la dimension spirituelle, à laquelle les Français sont sans doute moins sensibles que les Américains. Ensuite, il faut rappeler que le PTGI a été originellement validé par Tedeschi et Calhoun (1996) à l'aide d'un échantillon d'étudiants faisant référence à divers événements. Or, la structure factorielle de développement post-traumatique pouvant varier selon les caractéristiques de la population (Cohen et al., 1998), il est compréhensible qu'elle diffère d'une population d'étudiants (jeunes, hommes et femmes) à une population de femmes d'une moyenne d'âge de 60 ans. De même, la structure variant aussi selon l'événement stressant (Cohen et al., 1998), il est possible que cela ait joué dans nos analyses, car 70% de notre échantillon de test comprenait des femmes cancéreuses, la population contrôle représentant seulement les 30 restants. Or, la validation de Tedeschi et Calhoun (1996) comprenait pour 60% des situations de deuils, d'accidents et de divorces des parents. Des problèmes de traduction sont également envisageables pour expliquer ces différences, notre traduction n'ayant pas fait l'objet d'une traduction retour. Malgré ces quelques limites, nous avons cherché une structure factorielle valide du développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein dans un contexte français. Pour ce faire, nous avons réalisé une analyse factorielle exploratoire, puis confirmatoire, sur le même échantillon. Bien que l'idéal eût été de faire l'analyse confirmatoire sur un autre échantillon que celui de l'analyse exploratoire (Kline, 2005), nous n'avons pu procéder ainsi compte tenu de la taille de notre échantillon qui ne permettait pas une division en deux pour constituer deux sous échantillons. Nos résultats doivent donc être pris avec précaution, car seule une validation sur d'autres échantillons similaires (femmes à long terme d'un cancer du sein) permettrait de confirmer rigoureusement la structure factorielle trouvée.

Les résultats de nos analyses aboutissent à un modèle de développement post-traumatique à deux facteurs de premier ordre et à un facteur général de second ordre (12 items

au total, α = .89). Les deux facteurs de premier ordre sont constitués d'un facteur de changements personnels (9 items, α = .89) et d'un autre de changements liés à un nouveau rapport aux autres (3 items, α =0=.78). Le facteur de changements personnels contient donc 9 items, dont 4 de la dimension d'origine des "nouvelles opportunités", 2 de "l'appréciation de la vie" originelle, 2 de la "force personnelle" originelle, et un de la "spiritualité". Il s'agit donc d'un facteur de développement personnel où le sujet, avec plus de confiance en soi, s'ouvre à de nouvelles perspectives dont la spiritualité, et apprécie finalement plus sa vie. L'autre facteur, constitué de 3 items, représente une nouvelle façon de voir les autres, perçus comme pouvant être "formidables", sur qui on peut compter, et qui sont donc réintégrés ou intégrés différemment à la vie du sujet qui "accepte mieux le fait d'avoir besoin" d'eux (item 21). Ce facteur évoque une nouvelle sérénité dans le rapport aux autres et par conséquent, sans doute dans le rapport à soi et à la vie en général, d'où une certaine corrélation avec le facteur personnel. Ce pattern en deux facteurs de développement, personnel et relationnel, peut être mis en parallèle avec les conceptions interdépendante et dépendante du Soi de Markus et Kitayama (1991). Pour ces auteurs, le concept indépendant du Soi maintient une frontière assez ferme entre soi et autrui, tandis que la frontière est beaucoup plus perméable dans la conception d'interdépendance du Soi, où le sujet est plus indépendant d'autrui. Naturellement, ces deux conceptions du Soi ne sont pas exclusives l'une de l'autre et elles coexistent chez un même individu. Ainsi, si le concept de Soi peut être assimilé à un Soi indépendant et interdépendant, le développement post-traumatique semble logiquement suivre les deux voies de développement du Soi, personnelle et relationnelle. Bien que différente de la nôtre, une validation chinoise du PTGI a aussi montré une structure factorielle comprenant une dimension intrapersonnelle (en facteur de second ordre) et une autre interpersonnelle (en facteur de premièr ordre) rappelant également le modèle du Soi de Markus et Kitayama (1991).

D'une façon générale, il n'y a aucun consensus dans la littérature sur la question de l'unidimensionnalité ou non du développement post-traumatique, sans doute à cause des raisons évoquées ci-dessus. Ainsi, utilisant diverses échelles ou du matériel qualitatif, certaines études ont abouti à plusieurs facteurs de développement, allant de 2 à 7 (Améli et al., 2001 ; Ho et al., 2004 ; Lehman et al., 1993 ; McFarland & Alvaro, 2000 ; Tedeschi & Calhoun, 1996 ; Tomich et Helgeson, 2002), tandis que d'autres attestent d'une unique dimension (Antoni et al., 2001 ; Park et al., 1996 ; Tomich & Helgeson, 2004). Malgré le facteur général de second ordre trouvé dans notre recherche, nos résultats se situent plutôt

dans le courant d'un concept multidimensionnel, vérifié d'ailleurs par les modèles en pistes causales différents pour chacun des deux facteurs, que nous allons à présent discuter.

4.2. La prédiction du développement post-traumatique

4.2.1. Résultat global et spécificités selon la nature du développement

Pour chaque facteur de développement post-traumatique (personnel, relationnel, général), nous avons proposé un modèle intégratif prédictif, selon l'ossature du modèle de Bruchon-Schweitzer (2002). L'originalité de notre étude tient au fait que ce modèle n'avait encore jamais été testé à long terme d'un cancer du sein. Notre hypothèse générale, qui postulait l'adéquation de ce modèle dans le contexte spécifique de la rémission à long terme du cancer du sein, est vérifiée, comme en atteste l'adéquation globale des modèles spécifiés à nos données et les 44% de variance expliquée du développement général par cette théorie. Ainsi, à des années du diagnostic et des traitements, le développement post-traumatique dépend bien de ce qui s'est joué durant la maladie, ou du moins, du souvenir actuel de cette période. En particulier, le fait d'avoir fait face à la maladie et à ses traitements par diverses stratégies adaptatives, quelles qu'elles soient, se révèle être un facteur clef du développement général, même à des années du diagnostic. La littérature avait déjà montré l'importance de différentes formes de coping pour prédire le développement, telles que l'acceptation, le coping actif ou le coping religieux (Lechner et al., 2006 ; Urcuyo et al., 2005), le coping centré sur l'émotion (Sheikh, 2004), la réinterprétation positive (Lechner et al., 2006 ; Porter et al., 2006 ; Sears et al., 2003), l'expression émotionnelle et la recherche de soutien social (Arméli et al., 2005), l'humour (Schroevers & Teo, 2008), etc. Nos résultats confirment ces faits mais montrent aussi, dans la lignée de recherches précédentes (Bellizzi & Blank, 2006 ; Collins et al., 1990) que, plus qu'une forme de coping adaptatif en particulier, c'est l'utilisation conjointe de différents copings qui prédit véritablement le développement. En effet, le score de coping adaptatif représentait ici l'addition de tous les copings du Brief Cope à l'exception du blâme et de l'usage de substances (que nous considérions comme trop délétères pour intégrer le coping adaptatif). Aussi à l'avenir, la recherche sur le PTG aurait sans doute intérêt à se centrer sur la diversité des copings utilisés plutôt que sur leur nature exclusivement, puisque nos résultats suggèrent que l'utilisation d'une stratégie de coping unique, aussi adaptative soit-elle, ne peut prédire le développement qu'en association avec d'autres. Ce résultat pourrait aussi expliquer pourquoi dans la littérature, certaines formes de coping pourtant adaptatives, ne prédisent

parfois pas le développement après un cancer, comme la recherche de soutien social (Schroevers & Teo, 2008 ; Urcuyo et al., 2005 ; Widows et al., 2005), l'analyse logique de la situation (Widows et al., 2005), d'un coping actif (Schroevers & Teo, 2008), ou encore la planification (Schroevers & Teo, 2008 ; Urcuyo et al., 2005).

Conformément à notre hypothèse, nos résultats ont aussi mis en évidence l'importance d'une personnalité positive dans la prédiction du PTG. Contrairement à certaines recherches (Carver et al., 2006 ; Harper et al. 2007 ; Lechner et al. 2006), mais en accord avec d'autres (Bellizzi & Blank, 2006 ; Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2006), nous n'avons pas trouvé d'effet direct de l'optimisme sur le développement. En revanche, l'hypothèse d'un effet indirect de l'optimisme médiatisé par le coping, suggérée maintes fois dans la littérature (Aspinwall et al., 2005 ; Carver & Scheier, 2005 ; Tennen & Affleck, 1998), a bien été confirmée dans notre étude. Ainsi, en soi, l'optimisme ne permet pas le développement. Ce n'est qu'en s'actualisant par le coping, que l'optimisme peut, indirectement favoriser le développement. L'affectivité positive, dont le rôle dans le développement suite à divers événements et/ou stresseurs, avait déjà été suggéré (Stanton & Low, 2004 ; Calhoun & Tedeschi, 2006) ou démontré (Abraido-Lanza et al., 1998 ; Linley & Joseph, 2004 ; Rabe et al., 2006), confirme ici son effet direct et indirect dans un contexte cancéreux. En particulier pour l'effet indirect, comme cela avait déjà été trouvé, l'affectivité positive prédit plus de satisfaction du soutien social (Headay & Wearing, 1989 ; Salovey et al., 2000), et donc plus de développement post-traumatique dans notre cas. Plus étonnant et non attendu, est l'effet positif de l'affectivité négative sur le coping adaptatif. Cependant, face au cancer, une certaine inquiétude peut être adaptative en permettant une vision plus réaliste de ce qui attend la personne (traitements, fatigue, etc.) et ainsi une meilleure préparation de sa part (Brennan, 2001). Utilisant également le Brief Cope dans une étude sur la période préopératoire au cancer du sein, David et al. (2006), avaient d'ailleurs montré, dans la même lignée, que le pessimisme favorisait quasiment toutes les formes de coping du Brief Cope, délétères comme salutogènes. L'effet de l'affectivité négative n'est aussi pas contradictoire avec le constat que la chimiothérapie et le stress perçu (jusqu'à un certain seuil) déclenchent aussi le coping adaptatif. Ces résultats suggèrent qu'un stress modéré, qu'il soit représenté par le stress perçu, la chimiothérapie ou l'affectivité négative, est un catalyseur de coping. En effet, la chimiothérapie peut être considérée comme un stresseur modéré, car si elle symbolise une maladie relativement grave et un traitement lourd, elle représente aussi un traitement efficace qui soulage nombre de femmes quant à l'issue médicale (Amir & Ramati, 2002). De même, la relation curvilinéaire trouvée entre le stress perçu et le coping montre qu'une certaine dose de

stress favorise des réactions adaptatives. L'effet du stress perçu sur la mise en place d'un coping adaptatif avait d'ailleurs déjà été mis en évidence dans la littérature (Chang et al., 1998 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Franks & Roesch, 2006) mais non de façon directement curvilinéaire comme cela a été prouvé ici. La seconde partie de la courbe curvilinéaire permet de comprendre les recherches ayant montré que le stress pouvait aussi favoriser des copings non adaptatifs (Cayrou & Dickes, 2009 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Parle et al., 1996). En faisant le parallèle entre stress et affectivité négative, on comprend que cette dernière qui représente un état anxieux et inquiet, puisse, dans une certaine mesure, servir de catalyseur à différentes formes de coping. De même, dans la lignée d'études précédentes, (Cayrou & Dickes, 2008 ; Ell et al., 1989 ; Grassi et al., 1993 ; Luszczynska et al., 2005 ; Porter et al., 2006), nous avons trouvé que le soutien émotionnel avait tendance à prédire le coping adaptatif. Néanmoins, la faible taille de cet effet suggère que le coping est, avant tout, fonction de facteurs personnels (de stress et de ressources) et non relationnels.

En ce qui concerne les variables sociodémographiques, conformément à plusieurs études sur le cancer du sein (Carver et al., 2006 ; Forrest-Morril et al., 2008 ; Mols et al., 2009 ; Sears et al., 2003 ; Tomich & Helgeson, 2004), nous n'avons pas trouvé d'effet direct de l'âge sur le développement, bien que l'âge ait eu tendance à prédire le développement relationnel positivement. Un effet indirect médiatisé par le soutien émotionnel, a en revanche été mis en évidence. En favorisant la perception de soutien émotionnel, l'âge prédit indirectement le développement. Plusieurs hypothèses sont envisageables par rapport à ce résultat. Il est possible qu'avec l'âge, et donc la retraite, les femmes investissent plus leurs relations aux autres et y trouvent ainsi plus de soutien. Il est aussi fort probable que les femmes à la retraite aient plus de famille et d'amis à la retraite, et donc un entourage plus disponible et par conséquent plus soutenant. Enfin, nous avons aussi trouvé un lien indirect entre l'activité professionnelle et le développement, médiatisé par le coping. Le fait d'être active professionnellement au diagnostic favorise le coping adaptatif et donc le développement. On peut penser que l'activité professionnelle aide les femmes à prendre une certaine distance par rapport à leur maladie, autant par le fait de devoir penser à autre chose (coping de distraction), que par le réseau relationnel qu'engendre cette activité, et qui peut favoriser le coping relationnel, d'humour, de réinterprétation positive ou d'acceptation. Dans cette lignée, Bellizzi et Blank (2006) avaient d'ailleurs trouvé un effet direct de l'activité professionnelle sur le développement après un cancer du sein.

Globalement, les modèles prédictifs des deux facteurs de développement (personnel et relationnel) sont similaires à celui du développement général. Certaines spécificités sont en revanche à noter entre la prédiction du facteur relationnel et celle du facteur personnel de développement. Conformément à notre hypothèse basée sur deux études (Luszczynska et al., 2005 ; Porter et al., 2006), le soutien émotionnel perçu prédit fortement le développement relationnel mais non personnel. Inversement, l'affectivité positive, le stress perçu et les séquelles assez gênantes, prédisent directement le développement personnel mais non relationnel. Le développement personnel semble donc le fruit d'un équilibre subtil entre facteurs de stress (stress perçu et séquelles) et ressources personnelles (affectivité positive, coping). Ce résultat confirme celui d'Arméli et al. (2001) à deux ans de divers événements stressants. Par une analyse en cluster, les auteurs avaient en effet trouvé que les personnes les plus sujettes au développement post-traumatique alliaient un haut niveau de stress perçu avec un haut niveau de ressources perçues et de coping adaptatif. Néanmoins, dans notre étude, le stress ne promeut le développement que jusqu'à un certain seuil. Ainsi, contrairement à d'autres recherches (Barakat et al., 2006 ; Bellizzi & Blank, 2006 ; Cordova et al., 2001, 2007 ; Sears et al., 2003 ; Widows et al., 2005), c'est un lien curvilinéaire, et non linéaire, que nous avons constaté entre stress perçu et développement, lien qui avait d'ailleurs été suggéré par Linley et Joseph (2004) dans leur revue de question sur toutes sortes d'événements stressants. De même, le fait que des séquelles assez gênantes favorisent le développement personnel, alors que des séquelles très gênantes montrent l'effet inverse, va également dans le sens d'un effet curvilinéaire.

Au final, ces spécificités suggèrent que le développement personnel dépend de facteurs essentiellement personnels (affectivité positive, stress perçu), tandis que le développement relationnel dépend essentiellement de facteurs relationnels (soutien émotionnel perçu). Il y aurait donc deux voies de développement, indépendantes sur certains points, mais dans lesquelles le coping adaptatif joue toujours un rôle fondamental.

Enfin, notre recherche avait aussi pour objectif de voir si les modèles prédictifs du développement post-traumatique cancéreux étaient spécifiques ou non à l'événement cancéreux. Cette question de recherche était totalement exploratoire. En effet, à ce jour, peu d'études sur le développement post-traumatique ont considéré une population contrôle, et les rares études l'ayant fait (e.g. Cordova et al., 2001 ; Lehman et al., 1993 ; Schroevers et al., 2006, Tomich & Helgeson, 2002 ; Tomich et al., 2005) se sont focalisées sur la comparaison entre les deux populations, de la quantité et de la nature du développement, mais non sur les

facteurs de prédictions entre les groupes. Aussi, notre recherche est ici originale et innovante. Bien que nous ayons dû simplifier nos modèles prédictifs pour l'analyse multi-groupes compte tenu de la taille de notre échantillon contrôle (N=132), nos résultats convergent vers un modèle commun prédictif du PTG, quel que soit l'événement de référence, cancer ou autre. Ainsi, la nature de l'événement stressant ou traumatique ne modère pas l'effet de la personnalité et des variables transactionnelles sur le développement. Fondamentalement, les mécanismes en jeu dans la prédiction du développement post-traumatique semblent les mêmes d'un événement à l'autre. Notamment, l'impact de la personnalité positive, du coping adaptatif et du soutien émotionnel perçu reste constant d'un groupe à l'autre. Bien sûr, compte tenu de la taille de l'échantillon contrôle, ces résultats demandent à être confirmés avec un échantillon plus important, ce qui permettra en outre de tester le modèle original proposé pour la population cancer, et non un modèle simplifié comme nous avons dû le faire.

4.2.2. Limites et ouvertures

Une première limite à cette étude est celle de l'échantillon utilisé. La population, constituée uniquement de femmes anciennement atteintes d'un cancer du sein, ne permet pas une généralisation de nos résultats aux deux sexes et à d'autres types de cancers. Une seconde limite a trait à la procédure transversale de l'étude. De ce fait, on ne peut affirmer de lien de causalité entre les variables transactionnelles au moment de la maladie (coping, stress perçu, soutien social perçu) et le développement post-traumatique. On peut seulement supposer que les liens de causalité spécifiés entre le souvenir actuel de ce qui s'est passé au diagnostic (souvenir du coping, du stress et du soutien), et le PTG, sont réels. Mais là encore, il ne s'agit que d'une supposition logique, car le souvenir actuel de la maladie et le développement étant évalués simultanément, il est impossible d'établir formellement un lien de causalité entre les deux variables. Néanmoins, la procédure transversale utilisée ici est une limite, tout autant qu'un atout. En effet, l'étude longitudinale de Widows et al. (2005) a montré qu'à deux ans d'une greffe de moelle osseuse, les personnes rapportaient rétrospectivement plus de stress perçu que ce qu'elles avaient rapporté réellement lors de la greffe, deux ans auparavant. Leur souvenir de cette période était donc plus négatif que ce qu'elles avaient vraiment vécu lors de la greffe. Or, les auteurs ont montré que, plus que la situation réellement vécue, c'était le souvenir actuel qui était lié au développement post-traumatique. Autrement dit, dans notre recherche, il est probable que les femmes aient en réalité mieux vécu leur cancer du sein lors de la maladie, que ce qu'elles en témoignent lors de notre recherche. Néanmoins, cette

information importe peu, car d'après Widows et al. (2005), leur souvenir actuel de la maladie serait plus lié au développement post-traumatique, que la façon dont la maladie a réellement été vécue 5 à 15 ans auparavant. En effet, maintenir un souvenir stressant et douloureux de la situation, permet de s'évaluer, relativement à cette période, comme mieux portant et en développement (post-traumatique). Le développement post-traumatique semble donc plus sensible au souvenir du traumatisme qu'au traumatisme lui-même. Ce résultat est d'ailleurs tout à fait concordant avec la théorie de Calhoun et Tedeschi (2006). Pour les deux fondateurs du concept, le développement post-traumatique dépend indirectement d'une rumination cognitive au sens propre (et donc sans connotation péjorative), c'est-à-dire d'un traitement cognitif automatique et/ou délibéré du traumatisme qui permet une élaboration psychique de l'événement sous forme d'une narration (*narrative development*) et donc d'un souvenir (Ibid.). Une ouverture intéressante à notre étude serait donc l'inclusion d'une ou de plusieurs variables de traitement cognitif de l'événement, afin de voir comment les cognitions liées à l'événement, selon leur nature (automatique ou délibérée), fréquence, valence, contenu, etc., impactent le PTG.

Une autre limite de notre étude est inhérente à sa nature quantitative qui rend difficile la prise en compte du contexte individuel et de la singularité propres à chacune de nos 307 participantes. Cette critique générale des modèles quantitatifs en psychologie de la santé, véhiculée par Santiago-Delefosse (2002, 2007), retient notre attention car elle permet des hypothèses sur certaines lacunes de notre modèle. Notamment, si le modèle théorique global de Bruchon-Schweitzer (2002) se vérifie bien, le lecteur aura cependant remarqué qu'aucune variable de notre modèle n'arrive à prédire le stress perçu. En réalité, l'optimisme, l'âge et le soutien perçu avaient tendance à diminuer le stress perçu, mais nous n'avons pas spécifié ces relations car les effets n'étaient pas significatifs et n'expliquaient ainsi que seulement 3% de la variance du stress perçu. Dans un souci de parcimonie, nous avons donc préféré ne pas spécifier ces relations. D'après nos résultats, le stress perçu dépendrait donc peu de variables médicales ou sociodémographiques, c'est-à-dire de variables objectives, mais sans doute plutôt de la façon singulière dont le sujet ressent et interprète la situation. L'étude de la DRESS (2008) sur 4234 personnes à deux ans de divers cancers, va également dans ce sens, en montrant que la perception par un patient de l'état de son cancer (à quel point il croit ou non être en rémission) explique 15% de variance de la détresse ressentie tandis que l'état objectif du cancer (en rémission, stable ou évolutif) n'explique que 2% de cette même détresse (Cayrou & Dickes, 2009). Ainsi par exemple, si la chimiothérapie ne prédit pas le stress perçu, c'est peut-être, selon l'idée d'Amir et Ramati (2002), parce qu'elle peut représenter une

maladie grave pour certaines, comme un remède efficace et donc rassurant pour d'autres. De même, comme l'étude qualitative du PTG de la présente thèse le révèle, l'entourage et l'histoire de la personne par rapport au cancer, sont déterminants dans le développement post-traumatique et sans doute indirectement dans le stress perçu au diagnostic. En effet, pour certaines femmes, qui ont vu leur famille et/ou leurs proches décimés par le cancer, la menace de leur diagnostic apparaît mortelle, tandis que pour d'autres, plus épargnées, leur cancer est vécu bien plus sereinement. Dans la même optique, une donnée intéressante à prendre en compte serait la présence ou non dans l'entourage du malade d'un "modèle" de développement post-traumatique, c'est-à-dire d'une femme de l'entourage ayant déjà vécu un cancer du sein et un développement post-traumatique consécutif dont aurait fait part aux autres. En effet, des recherches récentes ont montré que les femmes côtoyant un tel modèle étaient plus enclines à vivre elles-mêmes un tel développement (Calhoun & Tedeschi, 2006 ; Weiss, 2004), peut-être par imitation sociale inconsciente ou par le sentiment de proximité avec ce modèle du fait de l'expérience commune du cancer. Dans la même lignée et en accord avec les théories sociocognitives, il serait aussi pertinent de prendre en compte l'histoire personnelle des femmes face à d'autres événements traumatiques antérieurs au cancer (Brennan, 2001). Les conclusions que ces femmes ont pu tirer de ces expériences passées sur leurs qualités et/ou faiblesses dans leur capacité à réagir à un fort stresseur, influencent certainement leur façon de réagir au cancer pendant et après la maladie, et par conséquent d'en tirer un certain développement ou non.

Enfin, les résultats de notre recherche ont aussi une portée clinique. La plupart des articles sur le développement post-traumatique concluent que les professionnels de la santé devraient être conscients de ce phénomène, afin d'ouvrir une autre perspective du cancer à leurs patients en leur évoquant la possibilité de changements positifs. Des interventions cognitives et comportementales de gestion du stress faciliteraient même le développement post-traumatique (Antoni et al., 2001), bien que cette étude ait aussi été controversée (Coyne & Kagee, 2001). D'un point de vue éthique et déontologique, il nous paraît important de mentionner que le développement post-traumatique ne doit en aucun cas être une attente des professionnels de la santé, car cette attente deviendrait vite délétère pour le patient qui n'arriverait pas à vivre un tel développement (Bellizzi & Blank, 2006) et risquerait de voir sa souffrance comme non normale et/ou non reconnue par des praticiens en attente de changements positifs. Une telle vision risquerait d'enfermer les patients dans le carcan de la psychologie positive et dans une voie qui laisserait peu de place à la détresse et aux émotions

négatives, pourtant inhérentes à tout traumatisme. Cela est d'autant plus regrettable que comme Widows et al. (2005) l'ont montré, et comme notre recherche l'atteste, c'est précisément parce que les patients gardent un souvenir difficile et douloureux de l'événement (stress perçu, séquelles, faire face par différents copings), qu'ils arrivent, relativement à ce souvenir, à se sentir mieux dans le présent et en développement post-traumatique. Le souvenir de la douleur et des difficultés associées à l'événement a donc aussi une fonction adaptative dans l'après traumatisme. Une meilleure connaissance des modèles théoriques du développement post-traumatique, tels que nous en proposons dans la présente recherche, permettrait ainsi de ne pas se méprendre sur la nature de ce développement et d'éviter les dérives du "tout positif", contre productives pour le bien-être des patients. En effet, comme le montre notre recherche, loin d'être un processus simple et automatique, le PTG est le fruit d'une configuration complexe de paramètres qui repose sur un équilibre subtil entre ressources et facteurs de stress. C'est donc en alliant ces deux aspects, et non pas en cherchant à tout prix à penser positivement, que les patients arriveront le plus à donner un sens à ce qu'ils ont vécu, et à en tirer, peut-être, une certaine forme de développement.

4.3. Brève conclusion

Notre objectif était ici de concevoir un modèle prédictif du développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein. Pour ce faire, nous avons d'abord proposé une version française du PTGI en deux facteurs de premier ordre, l'un personnel, l'autre relationnel, avec un facteur général de second ordre. Notre modèle de référence, celui de Bruchon-Schweitzer (2002), se vérifie globalement bien dans ce contexte particulier. En particulier, on retiendra l'importance capitale du coping adaptatif dans la prédiction de l'issue.

Etude 4. Prédiction de la qualité de vie à long terme d'un cancer du sein.

1. Introduction

La qualité de vie à long terme du diagnostic d'un cancer du sein ayant été décrite et évaluée dans l'étude 1, l'objet de cette étude est à présent d'étudier les prédicteurs de cette qualité de vie, et de proposer un modèle global plausible explicatif de cette issue. Si la qualité de vie à court terme d'un cancer a largement été étudiée, comme le soulignent plusieurs auteurs, les recherches sur le long terme sont encore trop rares (Casso et al., 2004 ; Grunfeld et al., 2006 ; Helgeson, 2005). Cette étude devrait permettre de mieux comprendre comment le cancer du sein et la façon dont les femmes y réagissent psychologiquement, peuvent influencer la qualité de vie à long terme de la maladie. De plus, dans une optique exploratoire, nous chercherons également à tester la spécificité des modèles selon l'événement de référence, cancer du sein ou autre. De ce fait, nous verrons mieux dans quelle mesure le fait d'avoir eu un cancer du sein, par rapport à divers événements stressants, peut induire des particularités dans la prédiction de la qualité de vie. Notre modèle de référence reste toujours celui de Bruchon-Schweitzer (2002) et notre hypothèse générale est qu'il se vérifie à long terme du cancer, avec la qualité de vie pour issue. Autrement dit, nous pensons que, même à des années de la maladie et des traitements, la qualité de vie pourrait encore dépendre de variables liées à cette situation cancéreuse, ou du moins du souvenir de cette situation. Afin d'affiner notre hypothèse générale en hypothèses plus précises, nous proposons tout de suite un résumé condensé de la revue de la littérature sur le sujet, telle qu'elle a été plus exhaustivement présentée dans l'approche théorique de la présente thèse (Partie I de la thèse).

Au niveau des variables sociodémographiques, on retiendra l'âge comme variable protectrice de la qualité de vie mentale évaluée après un cancer du sein (Bloom et al., 2007 ; Tomich & Helgeson, 2002), tandis que, inversement, son impact est clairement délétère sur la qualité de vie physique, toujours après le cancer (Cimprich et al., 2002 ; Fehlauer et al., 2005 ; Ganz et al., 1998 ; Golden-Kreutz et al. 2005 ; Le Corroller et al., 2008a ; Stein et al., 2008 ; Tomich & Helgeson, 2002). Le niveau de revenu améliorerait aussi positivement la qualité de vie, et plutôt sur le versant physique que mental pour des femmes de plus de 50 ans (Efklides

et al., 2003 ; Le Corroller-Soriano et al., 2008a). Le niveau d'éducation aurait également un effet protecteur sur la qualité de vie (mentale et physique) évaluée après un cancer (Ganz et al., 2003 ; Le Corroller-Seriano et al., 2008a ; Peuckmann et al., 2007). Cependant, toujours dans le cadre du cancer, certaines études ont trouvé un effet inverse du niveau d'étude (Cimprich et al., 2002 ; Gotay et al., 2004). Le fait d'être en couple lors du cancer ou de la rémission est aussi à retenir comme facteur protecteur de la qualité de vie mentale (Carver et al., 2005, 2006 ; Peuckmann et al., 2007) et physique (Cimprich et al., 2002 ; Gotay et al., 2004 ; Peuckmann et al., 2007). L'activité professionnelle a été trouvée associée à la qualité de vie physique (Bloom et al., 2004 ; Kobayashi et al., 2008 ; Lewis et al., 2001), mais non mentale (Carver et al., 2005, 2006 ; Ganz et al., 2003).

A propos des variables médicales, le stade de la tumeur ne semble pas prédictif de la qualité de vie à long terme du cancer (Bloom et al., 2004 ; Casso et al., 2004 ; Carver et al., 2006 ; Grassi & Rosti, 1996), pas plus que le temps écoulé depuis le diagnostic (Casso et al., 2004 ; Peuckmann et al., 2007), ou que la mastectomie (Ashing-Giwa et al., 1999 ; Carver et al., 2006 ; Cimprich et al., 2002 ; Dorval et al., 1998a ; Ganz et al., 2002, 2003 ; Peuckmann et al., 2007 ; Robb et al, 2007). En revanche, bien que les traitements adjuvants n'affectent pas directement la qualité de vie à long terme (Carver et al., 2005 ; Cimprich et al., 2002 ; Ganz et al., 2003 ; Fehlauer et al., 2005 ; Morrill et al., 2008 ; Peuckmann et al., 2007 ; Robb et al., 2007), la chimiothérapie laisse un certain nombre de séquelles physiques et psychologiques (Ahles et al., 2005 ; Broeckel et al., 2002 ; Carver et al., 2006 ; Ganz et al., 1998, 2002 ; Takahasi & Kai, 2005), qui pourraient, indirectement, diminuer la qualité de vie. Enfin, les séquelles du cancer, quelles qu'elles soient, diminuent significativement la qualité de vie physique et mentale (Casso et al., 2004 ; Le Corroller-Soriano et al., 2008a ; Paskett et al., 2008).

Pour récapituler, au niveau des variables sociodémographiques, nous retenons l'hypothèse d'un effet positif de l'âge et du couple sur la qualité de vie mentale, des revenus élevés et de l'activité professionnelle sur la qualité de vie physique. L'âge devrait aussi avoir un effet négatif sur la qualité de vie physique. Quant aux variables médicales, à l'exception d'un effet indirect négatif de la chimiothérapie sur la qualité de vie mentale et physique, les autres variables médicales antécédentes ne devraient pas influencer l'issue. En revanche, on s'attend à ce que les séquelles actuelles laissées par la maladie diminuent la qualité de vie.

Au niveau de la personnalité, l'optimisme est un prédicteur direct d'une meilleure qualité de vie mentale en rémission d'un cancer (Carver et al., 2005, 2006 ; Gotay et al., 2004 ; Perkins et al., 2007), tout comme l'internalité (Tomich & Helgeson, 2002) qui montre aussi un impact positif direct sur la qualité de vie physique (Brosschot et al., 1994 ; Ell et al., 1989 ; Tomich & Helgeson, 2002). De plus, l'internalité a aussi des effets positifs sur des variables mentales positives telles que la bonne humeur ou la satisfaction de la vie (Abbey & Andrews, 1985 ; Ell et al., 1989 ; Grassi & Rosti, 1996 ; Tomich & Helgeson, 2002). Inversement, l'affectivité négative prédit une mauvaise qualité de vie dans le contexte médical (Cousson-Gélie, 2000 ; Hardy et al., 2009 ; Panagopoulou et al., 2006). Son impact est surtout lié aux états mentaux (Efklides et al., 2003 ; Headey & Wearing, 1989 ; Norlander et al., 2005 ; Watson et al., 1988a) et non à la qualité de vie physique qu'elle ne prédit plus après contrôle de la santé réelle, de la dépression et de l'âge (Kressin et al., 2000). L'affectivité positive présente le même pattern d'influence, agissant surtout sur la qualité de vie mentale ou les états mentaux (Avis et al., 2005 ; Denollet & De Vries, 2006 ; Effklides et al., 2003 ; Hardy et al., 2009 ; Denollet & De Vries, 2006 ; Headey & Wearing, 1989).

Pour résumer, on s'attend donc à un effet positif de l'optimisme, de l'affectivité positive et de l'internalité sur la qualité de vie mentale, ainsi qu'à un effet positif de l'internalité sur la qualité de vie physique. On s'attend à un effet négatif de l'affectivité négative sur la qualité de vie mentale. De plus, comme cela a été attesté dans le cas de différents cancers, on s'attend à ce que les effets de la personnalité soient forts contrairement à ceux des variables sociodémographiques et médicales qui devraient être négligeables (Carver et al., 1993 ; Grassi & Rosti, 1996 ; Gotay et al., 2004 ; Perkins et al., 2007).

Au niveau des variables transactionnelles, si le stress perçu au diagnostic d'un cancer montre un effet négatif sur la qualité de vie mentale à court terme (Golden-Kreutz et al., 2005 ; Parle et al., 1996), il ne prédit en revanche ni la détresse émotionnelle, ni les symptômes d'intrusion et d'évitement post-traumatique à 6 ans du diagnostic (Lebel et al., 2008). Malheureusement, comme le remarquent Hamama-Raz et Solomon (2006), si l'effet du stress perçu a beaucoup été étudié à court terme du cancer, son impact potentiel sur le long terme ne fait l'objet de pratiquement aucune étude. Seule l'étude de Lebel et al. (2008), précédemment citée, concerne le long terme mais non directement la qualité de vie. Le soutien social est un prédicteur important de la qualité de vie à long terme d'un cancer, transversalement (Bloom et al., 2007 ; Ganz et al., 2002 ; Mols et al., 2005 ; Paskett et al., 2008), comme

longitudinalement (Grassi & Rosti, 1996). Son impact semble lié à la qualité de vie mentale mais non à la qualité de vie physique (Bloom et al., 2007 ; Le Corroller-Soriano et al., 2008a). Les résultats des études sur le lien entre coping et qualité de vie sont particulièrement complexes et parfois contradictoires. D'une façon générale, face au cancer, les copings d'approche, ainsi que centrés sur le problème, sont salutogènes par rapport à la qualité de vie (Cayrou & Dickes, 2008 ; Cotton et al., 1999). Pourtant, plusieurs recherches montrent un effet délétère de tels copings, habituellement considérés comme protecteurs, sur diverses issues psychologiques (Stanton & Snider, 1993 ; McCaul et al., 1999 ; David et al., 2006). Longitudinalement, Lebel et al. (2008) ont même trouvé qu'un coping positif centré sur le problème à court terme d'un cancer du sein prédisait la détresse émotionnelle 6 ans plus tard. Inversement, les copings évitants et centrés sur l'émotion sont souvent associés à une baisse de la qualité de vie (McCaul et al., 1999) et à une augmentation de la détresse émotionnelle (Carver et al., 1993 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Hack & Degner, 2004 ; McCaul et al., 1999). Mais là encore, on trouve parfois des résultats divergents. Par exemple, le coping d'évitement à court terme du diagnostic ne prédit pas la détresse émotionnelle 6 ans plus tard (Lebel et al., 2008). Certaines recherches montrent même un effet salutogène possible des copings d'évitement et centrés sur l'émotion (Carver et al., 1993 ; Collins et al., 1990 ; Dunkel-Schetter, 1992 ; Halstead & Fensler, 1994).

Pour résumer, en ce qui concerne les transactions, on s'attend à un effet direct important du soutien social perçu sur la qualité de vie mentale. Quant au coping, en se référant à l'étude la plus comparable à la notre (Lebel et al., 2008), on s'attend à un effet délétère du coping actif sur la qualité de vie mentale.

Notre modèle de référence suppose aussi des effets indirects. En contribuant à un coping actif (Aspinwall et al., 2005 ; Carver & Scheier, 2005 ; Tennen & Affleck, 1998), l'optimisme et l'affectivité positive pourraient indirectement diminuer la qualité de vie mentale. Même hypothèse pour le stress perçu qui, en renforçant le coping actif centré sur le problème (Chang et al., 1998 ; Franks et Roesch, 2006), devrait aussi indirectement diminuer la qualité de vie mentale. En revanche, l'affectivité positive, en favorisant la perception de soutien social (Headay & Wearing, 1989 ; Salovey et al., 2000), devrait améliorer indirectement la qualité de vie mentale. Quant au soutien social, en diminuant les comorbidités liées au cancer (Mehnert & Koch, 2008), donc les séquelles, il devrait indirectement augmenter la qualité de vie.

En conclusion, afin de pallier le manque de recherche française sur la qualité de vie à long terme d'un cancer du sein, notre objectif est de trouver un modèle intégratif prédictif de la qualité de vie physique et mentale de femmes ayant eu un cancer du sein 5 à 15 ans auparavant. Conformément à notre modèle de référence (Bruchon-Schweitzer, 2002) et aux données théoriques passées en revue, nos hypothèses sont les suivantes :

- La qualité de vie mentale devrait être prédite positivement par l'âge, le fait d'être en couple, l'optimisme, l'affectivité positive, l'internalité, le soutien perçu au diagnostic, et négativement par la chimiothérapie (effet indirect), l'affectivité négative, un coping actif au diagnostic et les séquelles actuelles du cancer. Globalement, on s'attend à un effet important de la personnalité par rapport à celui des variables sociodémographiques et médicales.
- La qualité de vie physique devrait être prédite positivement par l'aisance financière, l'activité professionnelle, l'internalité, et négativement par l'âge, la chimiothérapie (effet indirect) et les séquelles.
- Des effets indirects sont attendus par la médiation des variables transactionnelles, notamment du coping et du soutien perçu.

Enfin, nous chercherons aussi à voir si l'événement traumatique de référence (cancer du sein ou autre) modère les effets prédicteurs de la qualité de vie. Cette question de recherche est exploratoire. En effet, à notre connaissance, aucune étude ne s'est encore attachée à comparer la prédiction de la qualité de vie de femmes cancéreuses par rapport à la prédiction de la qualité de vie de femmes faisant référence à un événement stressant. Seule l'étude de Tomich & Helgeson (2002) peut être citée sur ce sujet. Cependant, d'une part leurs variables prédictives étudiées sont différentes des nôtres, d'autre part, ayant utilisé des régressions pour chaque groupe et non des modèles en pistes causales, ils n'ont pu établir la significativité des différences trouvées dans la prédiction de l'issue.

2. Méthode

2.1. Procédure, mesures et participants

Les échantillons et mesures utilisées sont ceux décrits précédemment dans la "Partie II: Méthodologie de la recherche", page 157.

2.2. Analyses statistiques

Les analyses statistiques sont les mêmes que celles utilisées dans l'étude 3 sur la prédiction du développement post-traumatique. Aussi, pour une description de la méthodologie liée à ces analyses, nous renvoyons le lecteur à la partie "2.2.2. Tests de modèles en pistes causales" et "2.2.3. Analyses multi groupes : effet modérateur du groupe" de l'étude 3, respectivement page 233 et page 236.

3. Résultats

3.1. Modèles en pistes causales pour la prédiction de la qualité de vie à long terme du cancer

3.1.1. Introduction

Nous étudierons séparément la prédiction de la qualité de vie mentale et physique, évaluées respectivement par le score composite mental et physique de qualité de vie du SF-36 (Leplège et al., 2001).

Après examen des corrélations partielles, les antécédents retenus pour la prédiction de la qualité de vie mentale sont l'optimisme, l'affectivité positive et négative, la chimiothérapie et l'âge au diagnostic. Ces variables ont été retenues pour leur effet direct ou indirect sur la qualité de vie mentale. On notera que malgré notre hypothèse, l'internalité, qui ne présentait aucun de ces effets, n'a pas été retenue. Au niveau des variables transactionnelles, le soutien total perçu, le stress perçu, le coping d'utilisation de substances et le coping actif ont été retenus pour leur effet direct ou indirect sur la VD. Toute autre forme de coping, ne montrant pas d'effet sur la VD, a été exclue du modèle. Enfin, le degré de gêne laissé par les séquelles

est présent dans le modèle, avec un codage en 4 modalités : pas de séquelles, séquelles peu gênantes, assez gênantes, très gênantes.

Après les analyses préliminaires, les antécédents retenus pour la prédiction de la qualité de vie physique sont l'internalité, la chimiothérapie, le stade de la tumeur (en codage dichotomique : stade III, versus stade I ou II), l'âge au diagnostic et le ressenti financier subjectif (se sentir plus ou moins à l'aise financièrement). On notera que le stade de la tumeur a été introduit suite à ces analyses, alors que cette variable ne faisait pourtant pas partie de nos hypothèses théoriques. Le soutien total perçu, le stress perçu et le coping religieux ont été retenus pour les variables transactionnelles. A l'exception du coping religieux, aucune forme de coping n'avait donc d'effet sur, ou de lien avec, la qualité de vie physique. Enfin, la gêne des séquelles a aussi été intégrée ici.

Pour les deux VD, nous allons présenter deux modèles. Le premier est un modèle théorique de base qui respecte strictement l'ossature du modèle de référence (Bruchon-Schweitzer, 2002) en spécifiant des effets directs de tous les antécédents et variables transactionnelles sur la VD, et indirects des antécédents sur la VD, médiatisés par les transactions. Le second modèle est un modèle affiné du premier en fonction de nos hypothèses et des indices de modifications éventuels fournis par AMOS. La respécification est donc à la fois théorique et empirique.

3.1.2. Prédiction de la qualité de vie mentale

3.1.2.1. Modèle proposé et ajustement global

En fonction des variables retenues pour la prédiction de la qualité de vie mentale, le modèle théorique de base est celui de la figure 17 (avec omission volontaire des erreurs et des covariances entre antécédents pour plus de lisibilité). Chaque antécédent a donc 6 flèches exogènes (dirigées vers les 4 transactions et les 2 VD), chaque transaction au moins 2 flèches exogènes (dirigées vers les 2VD). Des effets inter transactions sont aussi spécifiés.

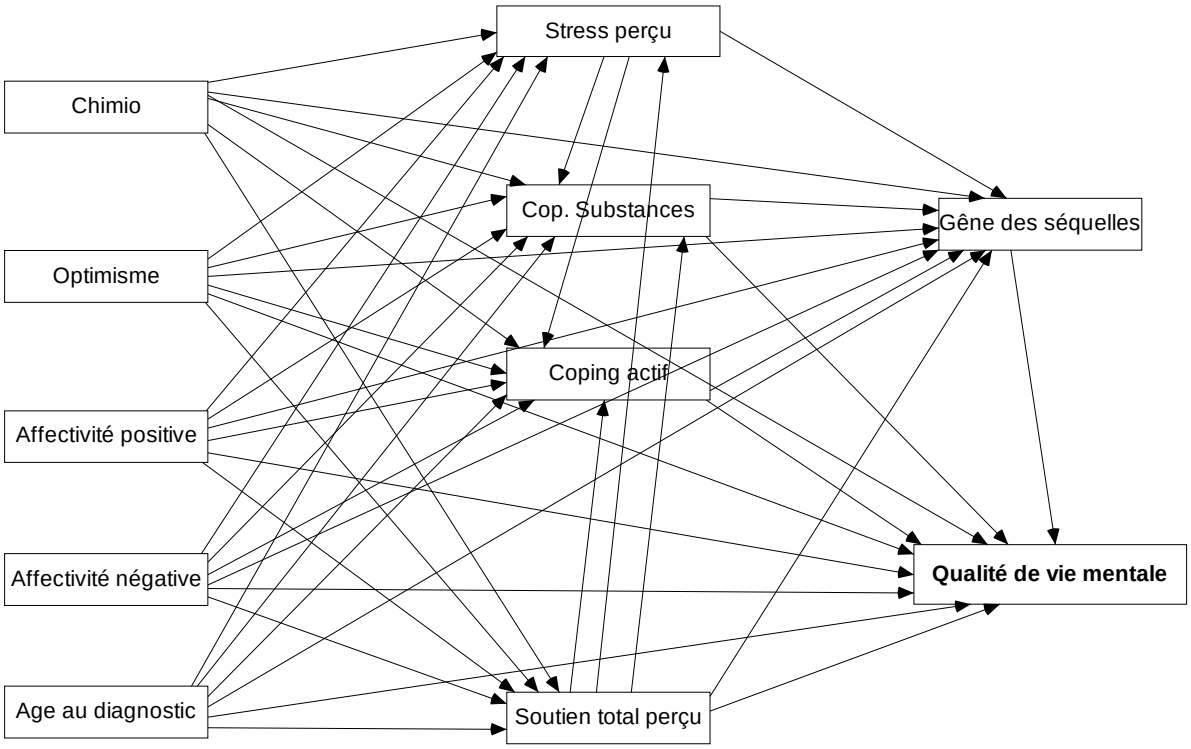


Figure 17 : Modèle hypothétique général prédictive de la qualité de vie mentale.

Ce modèle présente un très bon ajustement global aux données, avec un χ^2 non significatif : $\chi^2(7, N=298) = 9$, $p=0.249$, χ^2 normé = 1.3, AGFI =0.949, TLI=0.970, CFI = 0.996, RMSEA =0.031 [0.000-0.082], SRMR =0.0210, et une variance de la qualité de vie mentale de 53%. Notre modèle de référence confirme donc sa capacité à prédire la qualité de vie mentale à long terme d'un cancer du sein. Néanmoins, avec 59 paramètres à estimer, il est très peu parcimonieux, et avec seulement 7 degrés de liberté, la puissance du test n'est ici que de 33% pour rejeter le modèle selon la macro de Preacher et Coffman (2006), ce qui explique la non significativité du χ^2. En outre, de nombreux effets ne sont pas significatifs.

En fonction de nos hypothèses et des informations fournies par la sortie d'AMOS (output), nous proposons donc le modèle de figure 18, montré avec les coefficients standardisés (les coefficients sont toujours placés au dessus des flèches spécifiant leur effet). Ici, le modèle ne contient que 33 paramètres à estimer, et l'ajustement global est excellent, puisque malgré une puissance de 81%, le modèle n'est pas rejeté par le test du χ^2 : $\chi^2(33, N=298) = 36$ $p=0.325$, χ^2 normé = 1.095, AGFI =0.957, TLI=0.990, CFI = 0.994, RMSEA =0.018 [0.000-0.047], SRMR =0.0487. La variance expliquée de la qualité de vie mentale est

de 50%. Tous les coefficients des effets spécifiés sont significatifs à p<0.005 (et même à <0.001 pour la plupart), à l'exception de l'effet de l'optimisme au coping actif (p<0.05) et du coping de substances à la qualité de vie (p<0.05). Nous avons aussi autorisé quelques covariances : les mêmes que dans l'étude 3 (cf. page 243 pour la justification de ces covariances).

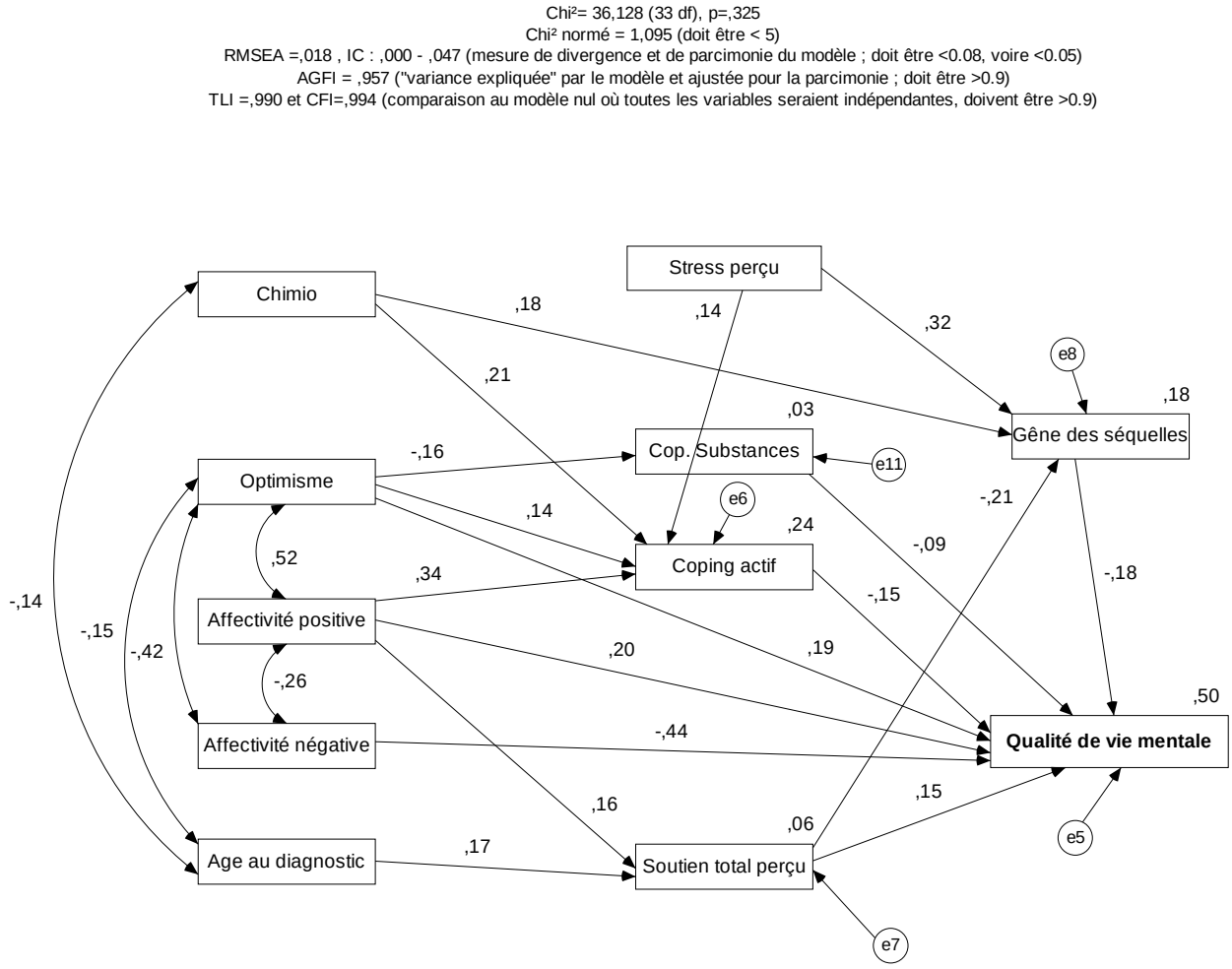


Figure 18 : Modèle proposé prédictif de la qualité de vie mentale.

3.1.2.2. Effets directs sur la qualité de vie mentale

Sept variables ont un effet direct sur la qualité de vie mentale. Graphiquement, la qualité de vie mentale reçoit sept flèches endogènes (plus celle de la variance d'erreur). Parmi les antécédents, seule la personnalité a une influence directe sur la VD. L'optimisme et l'affectivité positive augmentent la qualité de vie mentale (avec des effets standardisés de 0.19 et 0.20 respectivement), tandis que l'affectivité négative diminue fortement cette qualité de

vie, avec un effet important de -0.44. Les variables transactionnelles ont aussi des effets directs. Le coping de substances au diagnostic diminue la qualité de vie (-0.09, $p<0.05$), tout comme le coping actif (-0.15). Le soutien total perçu au diagnostic est au contraire salutogène pour la qualité de vie ultérieure (0.15). Enfin, au niveau des issues, la gêne des séquelles actuelles fait aussi chuter la qualité de vie mentale (-0.18).

3.1.2.3. Effets indirects sur la qualité de vie mentale

Plusieurs antécédents ont un effet indirect sur la qualité de vie mentale. La chimiothérapie augmente la gêne des séquelles et diminue ainsi la qualité de vie. De même, en augmentant le coping actif, elle diminue indirectement la qualité de vie mentale. Au total, l'effet indirect de la chimiothérapie est négatif et significatif (-0.064 ; $p<0.001$). Inversement, l'âge a un effet indirect positif sur la qualité de vie mentale, médiatisé par le soutien perçu qu'il augmente (0.032, $p<0.001$). L'optimisme et l'affectivité positive ont aussi des effets indirects, mais qui, au total, ne sont pas significatifs, car ces variables agissent différemment selon la variable médiatrice par laquelle ils transitent. Par exemple, d'un côté l'affectivité positive augmente la qualité de vie par l'intermédiaire du soutien, mais la diminue d'un autre côté par l'intermédiaire du coping actif. Au total, son effet indirect n'est alors pas significatif (-0.021, $p=0.354$). L'effet de l'optimisme est dans le même cas de figure, en transitant à la fois par le coping actif et par le coping de substances (effet indirect total de -0.007, $p=0.619$).

Les variables transactionnelles ont aussi des effets indirects sur la qualité de vie mentale. Le stress perçu, en augmentant les séquelles perçues et le coping actif, diminue indirectement la qualité de vie mentale (-0.079, $p<0.001$). Inversement, en diminuant la perception des séquelles, le soutien perçu a un effet indirect positif sur la qualité de vie (0.037, $p<0.001$). Dans ce dernier cas, on notera cependant que l'effet indirect du soutien perçu est minime par rapport à son effet direct sur la VD.

3.1.3. Prédiction de la qualité de vie physique

3.1.3.1. Modèle proposé et ajustement global

En fonction des variables retenues pour la prédiction de la qualité de vie physique, le modèle théorique de base est celui de la figure 19 (avec omission volontaire des erreurs et des covariances entre antécédents pour plus de lisibilité). Il prédit 30% de la variance de la VD. L'ajustement global aux données est très moyen : $\chi^2(8, N=298) =14$, $p=0.074$, χ^2 normé =

1.79, AGFI =0.936, TLI=0.834, CFI = 0.971, RMSEA =0.052 [0.000-0.094], SRMR =0.0331. Avec seulement 8 degrés de libertés, et donc très peu de puissance, le test du χ^2 devrait être beaucoup moins significatif que ce qui est trouvé ici. De plus, le TLI et l'intervalle de confiance du RMSEA excédant la limite supérieure de 0.080, révèlent un ajustement douteux. Tel quel, le modèle de référence semble donc peu apte à prédire la qualité de vie physique à long terme du diagnostic.

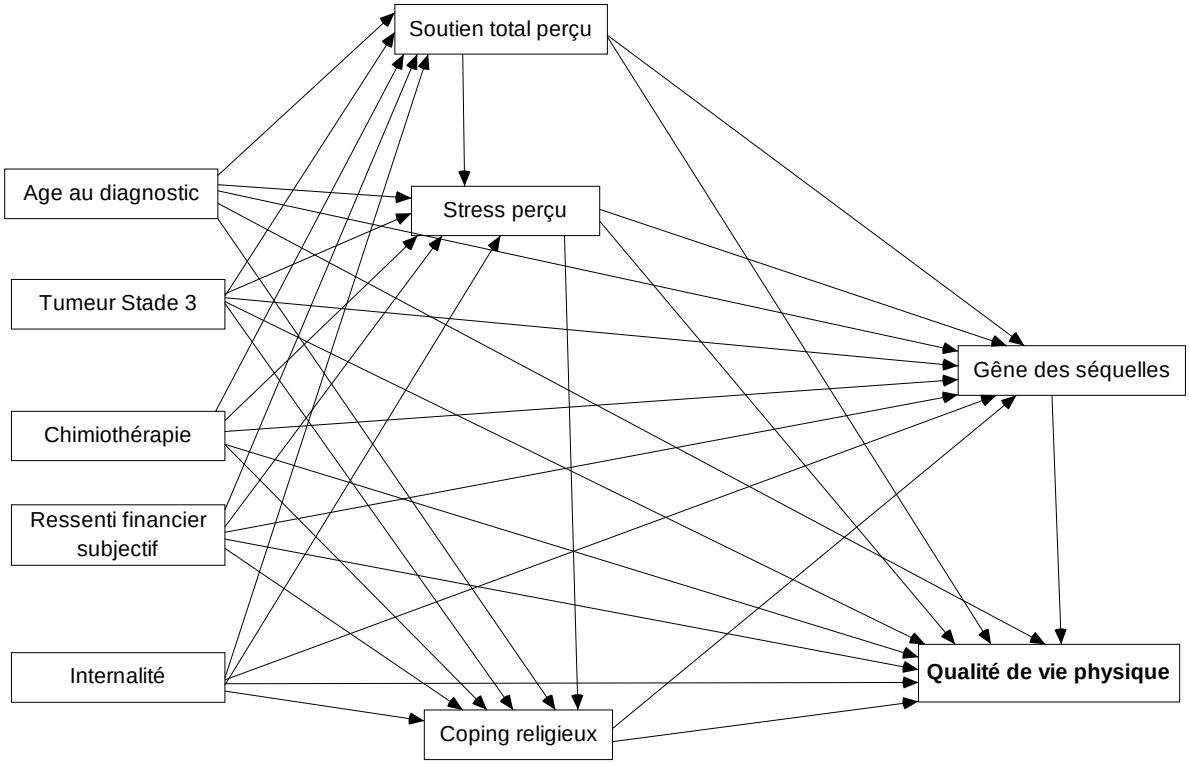


Figure 19 : Modèle hypothétique général prédictif de la qualité de vie physique.

En fonction de nos hypothèses et des informations fournies par la sortie d'AMOS, nous l'avons donc respécifié (Figure 20, avec les valeurs standardisées). L'ajustement global aux données du modèle respécifié est très bon puisque, malgré 28 degrés de liberté et une puissance de 77% (Preacher & Coffman, 2006), l'hypothèse nulle (pas de différence entre le modèle et les données) n'est pas rejetée par le test du χ^2 : $\chi^2(28, N=298) =34$, $p=0.187$, χ^2 normé = 1.229, AGFI =0.957, TLI=0.952, CFI = 0.970, RMSEA =0.028 [0.000-0.055], SRMR =0.0465. Le modèle explique 30% de la qualité de vie physique. Tous les coefficients des effets sont significatifs à $p<0.005$ à l'exception du soutien sur le stress perçu ($p<0.05$), du stade de la tumeur au stade 3 sur la qualité de vie physique (<0.05), et de la chimiothérapie

sur le coping religieux (<0.05). Au niveau des covariances, nous avons autorisé la chimiothérapie à covarier avec le stade de la tumeur. En effet, plus la tumeur est élevée, plus la chimiothérapie est administrée. Bien que nous n'ayons pas de référence théorique à l'appui, nous avons aussi autorisé l'aisance financière ressentie à covarier avec le sentiment de contrôle, car il paraît plausible que l'aisance financière, dans une certaine mesure, s'accompagne d'un sentiment de contrôle général sur son environnement.

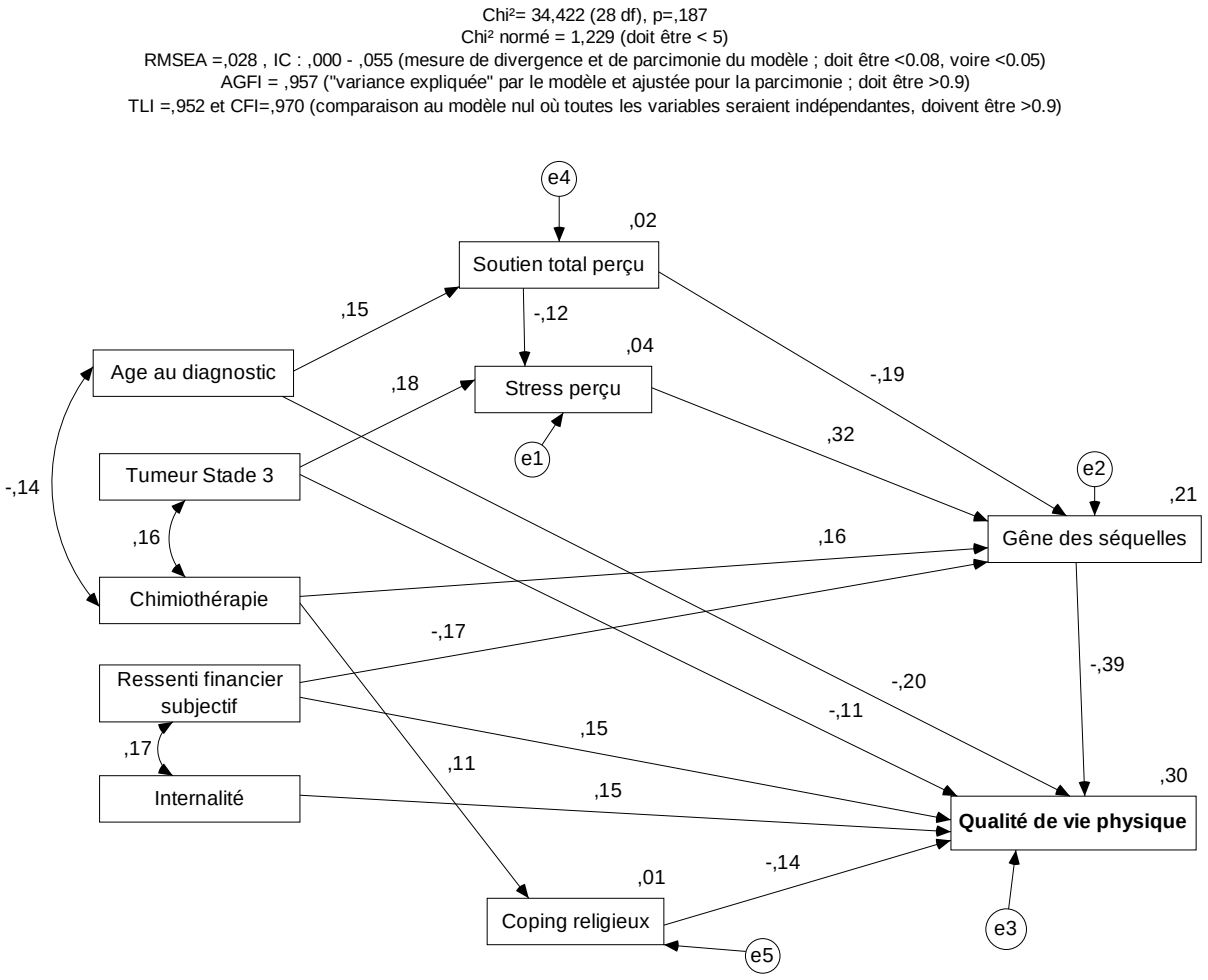


Figure 20 : Modèle proposé prédictif de la qualité de vie physique.

3.1.3.2. Effets directs sur la qualité de vie physique

La qualité de vie physique dépend directement de 6 variables (6 flèches endogènes). Parmi les antécédents, l'âge au diagnostic et une tumeur au stade 3 diminuent la qualité de vie physique ultérieure (respectivement de -0.20 et -0.11 pour les valeurs standardisées). Inversement, l'aisance financière et un lieu de contrôle interne améliorent la qualité de vie

physique (0.15 pour les deux effets). Au niveau des variables transactionnelles, seul le coping religieux a un impact direct, et négatif, sur l'issue (-0.14). Enfin, les séquelles diminuent fortement la qualité de vie physique (-0.39).

3.1.3.3. Effets indirects sur la qualité de vie physique

Indirectement, l'âge augmente la qualité de vie physique par la médiation du soutien perçu et des séquelles (effet indirect total standardisé de 0.014, $p<0.002$). Néanmoins, cet effet est dérisoire par rapport à l'effet direct négatif de l'âge sur la qualité de vie physique. Au total, c'est donc l'effet négatif de l'âge sur la qualité de vie physique que l'on retiendra. En plus de son effet direct sur la VD, une tumeur au stade 3 a aussi un effet indirect négatif en augmentant le stress, qui lui-même favorise la perception de séquelles, et donc diminue la qualité de vie (effet indirect total de -0.022, $p<0.001$). Là encore, c'est surtout l'effet direct du stade de la tumeur qu'il convient de retenir. La chimiothérapie, qui n'influence pas directement la qualité de vie physique, a pourtant un effet indirect négatif sur la VD, à la fois par la médiation des séquelles qu'elle augmente, et par le coping religieux lié à une mauvaise qualité de vie physique (effet indirect total négatif de -0.077, $p<0.001$). L'effet indirect total de la chimiothérapie est donc négatif. En plus d'augmenter directement la qualité de vie physique, l'aisance financière a un effet positif indirect (0.064, $p<0.001$) en diminuant la gêne des séquelles, ce qui atténue une baisse de la qualité de vie.

Deux variables transactionnelles ont aussi un effet indirect sur la VD. Le stress perçu diminue indirectement la qualité de vie par le fait d'accentuer les séquelles (-0.12, $p<0.001$), tandis que le soutien social augmente indirectement la qualité de vie physique (0.089, $p<0.001$) en réduisant stress et séquelles.

3.2. Spécificités de la prédiction de la qualité de vie après un cancer

Afin de répondre à notre objectif de voir si les modèles décrits précédemment pour la population cancéreuse peuvent s'appliquer ou non pour prédire la qualité de vie dans un groupe contrôle n'ayant pas eu le cancer, nous avons effectué des analyses multi-groupes pour la qualité de vie mentale et physique. On rappelle que, pour les variables médiatrices comme pour les séquelles, les sujets contrôles font référence à l'événement le plus stressant vécu dans les 15 à 20 dernières années de leur existence.

3.2.1. La qualité de vie mentale

Compte tenu de la taille de l'échantillon contrôle (N=132), nous avons d'abord dû proposer un modèle de prédiction de la qualité de vie mentale plus simple que celui proposé précédemment. Pour ce faire, nous avons enlevé les variables qui nous paraissaient les moins indispensables au modèle, ainsi que la chimiothérapie qui ne pouvait s'appliquer à la population contrôle. Nous avons donc spécifié le modèle plus simple suivant, figure 21, montré avec les coefficients non standardisés pour le groupe cancer (car pour rappel, seuls les coefficients non standardisés peuvent être utilisés à des fins de comparaison entre groupes). Pour le groupe cancer, tous les coefficients des effets spécifiés sont significatifs à $p<0.005$, à l'exception de l'effet de l'affectivité (positive et négative) sur le soutien perçu ($p<0.05$) et du coping actif sur la qualité de vie mentale ($p<0.05$).

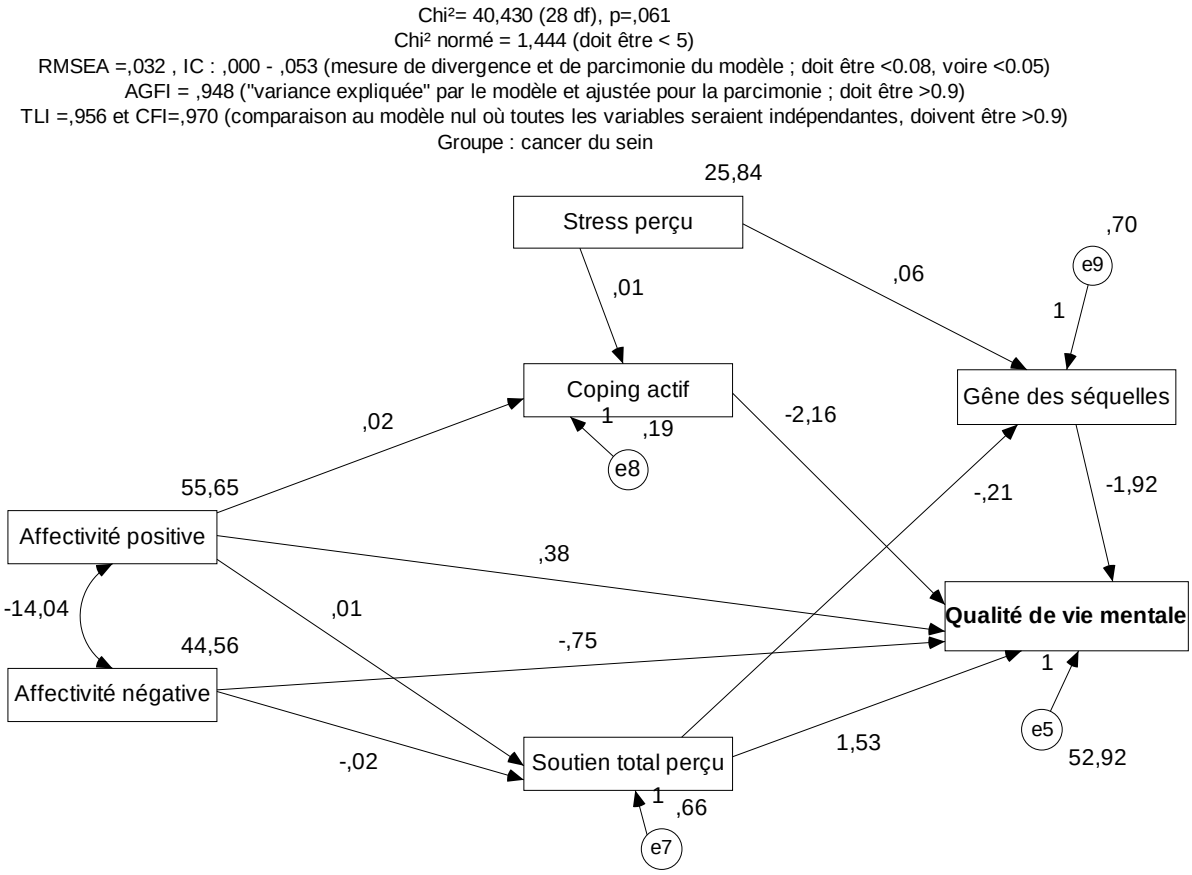


Figure 21 : Modèle réduit prédictif de la qualité de vie mentale - Groupe cancer.

Ce modèle a un bon ajustement global aux données : χ^2 : $\chi^2(28, N=298+132) = 40$, $p=0.061$, χ^2 normé = 1.444, AGFI =0.948, TLI=0.956, CFI = 0.970, RMSEA =0.032 [0.000-0.053], SRMR =0.0398. Le tableau 18 montre que le modèle non contraint, c'est-à-dire non

équivalent entre les groupes, est meilleur qu'un modèle totalement contraint qui suppose une équivalence parfaite entre les groupes. En libérant le modèle, on fait chuter le χ^2 de 27.76 points (ΔDF=12), et cette différence est significative à $p<0.01$ pour 12 degrés de liberté d'écart. Cela nous indique qu'il existe un ou plusieurs paramètres significativement différents selon les groupes. L'examen du tableau montre que la variable groupe modère deux effets, celui de l'affectivité négative à la qualité de vie et du soutien perçu aux séquelles.

Tableau 18 : Analyse multi-groupes pour la prédiction de la qualité de vie mentale.

Modèle et paramètre libéré	AIC	χ^2	P du modèle	DF	ΔDF	$\Delta\chi^2$ (p du Δ)	χ^2 normé
Unconstrained (modèle non contraint, donc libre)	105,347	31,347	,037	19			1,650
M1 : Modèle tout contraint	109,111	59,111	,002	31	12	27.764 (p<0.01)	1,907
M2 : Coping actif à QDV mentale	109,402	57,402	,002	30	1	ns	1,913
M3 : Soutien à QDV	107,885	53,885	,003	29	1	ns	1,858
M4 : Affectivité négative à QDV	105,495	49,495	,007	28	1	4.39 (p<0.05)	1,768
M5 : Affectivité positive au coping actif	103,938	45,938	,013	27	1	ns	1,701
M6 : AP à QDV	105,926	45,926	,009	26	1	ns	1,766
M7 : AP au soutien perçu	107,882	45,882	,007	25	1	ns	1,835
M8 : Séquelles à QDV	109,654	45,654	,005	24	1	ns	1,902
M9 : Soutien aux séquelles	104,362	38,362	,023	23	1	7.292 (p<0.01)	1,668
M10 : Stress à séquelles	105,437	37,437	,021	22	1	ns	1,702
M11 : Affectivité négative au soutien	107,296	37,296	,016	21	1	ns	1,776
M12 : Stress à coping	109,193	37,193	,011	20	1	ns	1,860
M13 : Variance d'erreur de la QDV mentale	105,347	31,347	,037	19	1	5.846 (p<0.025)	1,650
Modèle retenu (figures 21 et 22) : 3 spécificités	96,430	40.43	,061	28			1,444

En comparant les modèles selon les groupes, (Tableau 18, et Figures 21 et 22), on constate deux différences. Dans le groupe cancer comme dans le groupe contrôle, l'affectivité négative diminue la qualité de vie mentale. Cependant, comme on peut le lire sur le tableau 18, cet effet est significativement plus fort chez les femmes ayant eu le cancer ($p<0.05$). De plus, chez ces dernières, le soutien perçu au diagnostic diminue la gêne des séquelles

(coefficient non standardisé de -0.21, $p<0.001$), tandis que dans le cas d'un événement stressant différent du cancer, le soutien perçu lors de l'événement échoue à diminuer les séquelles (0.08, $p=0.377$). Enfin, dans le cas du cancer, le modèle retenu explique 48% de la qualité de vie mentale des femmes, tandis que dans le groupe contrôle, ce modèle n'explique que 25% de la qualité de vie mentale. Or, comme le modèle 13 du tableau 18 l'indique, cette différence est significative. Cela revient à dire que les deux différences décrites précédemment entre les groupes (effet différent du soutien aux séquelles et de l'affectivité négative à la qualité de vie) ont un impact conséquent dans la prédiction de la VD.

A l'exception de ces trois spécificités, les modèles sont communs quel que soit l'événement stressant (cancer ou autre). Ainsi, dans tous les cas, et comme cela a déjà été énoncé dans le modèle complet spécifié pour le cancer du sein, l'affectivité positive augmente le coping actif, la qualité de vie mentale et le soutien perçu, tandis que l'affectivité négative diminue le soutien perçu. Dans tous les cas également, le soutien améliore la qualité de vie mentale, tandis que le coping actif et les séquelles ont un effet délétère sur l'issue. De même, qu'il s'agisse du cancer ou d'un autre événement, le stress augmente toujours le coping actif et les séquelles ressenties.

Finalement, parmi tous les modèles possibles, le meilleur modèle est celui retenu qui contient trois paramètres libres selon les groupes, donc trois spécificités, comme en atteste d'ailleurs l'AIC d'une valeur de 96, la plus faible de toutes.

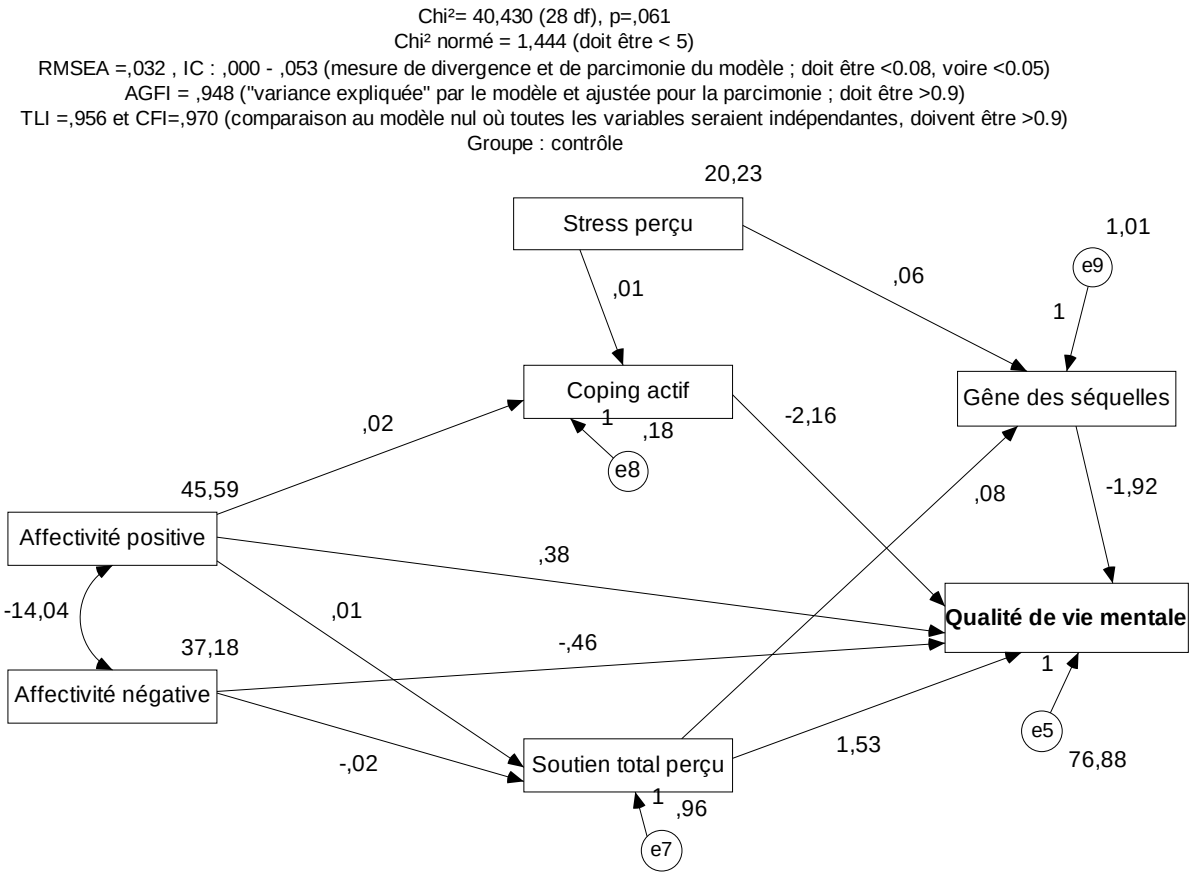


Figure 22 : Modèle réduit prédictif de la qualité de vie mentale - Groupe contrôle.

3.2.2. La qualité de vie physique

Toujours en raison de la taille de notre échantillon contrôle (N=132), pour réaliser des analyses multi-groupes valides, nous avons simplifié le modèle de prédiction de la qualité de vie physique. La chimiothérapie et le stade de la tumeur, qui ne s'appliquent pas au groupe contrôle, ont été retirés. Au niveau des variables transactionnelles, nous avons enlevé le stress perçu, non pas parce qu'il n'a pas d'effet sur la VD (il a un effet indirect significatif), mais parce que nous savons déjà (voir paragraphe précédent et figures 21 et 22) que son effet sur les séquelles est similaire dans les deux groupes. Le modèle simplifié retenu pour les deux groupes (Figure 23, avec les valeurs non standardisées pour le groupe cancer) s'ajuste très bien aux données, puisque malgré 26 degrés de liberté, il n'est pas rejeté par le test du χ^2 : χ^2 : $\chi^2(26, N=298+132) =27$, $p=0.419$, χ^2 normé = 1.031, AGFI =0.962, TLI=0.993, CFI = 0.996, RMSEA =0.009 [0.000-0.039], SRMR =0.0426. Ce modèle est donc acceptable pour prédire la qualité de vie physique, dont il explique 24% de variance pour le groupe cancer, et 20% pour le groupe contrôle.

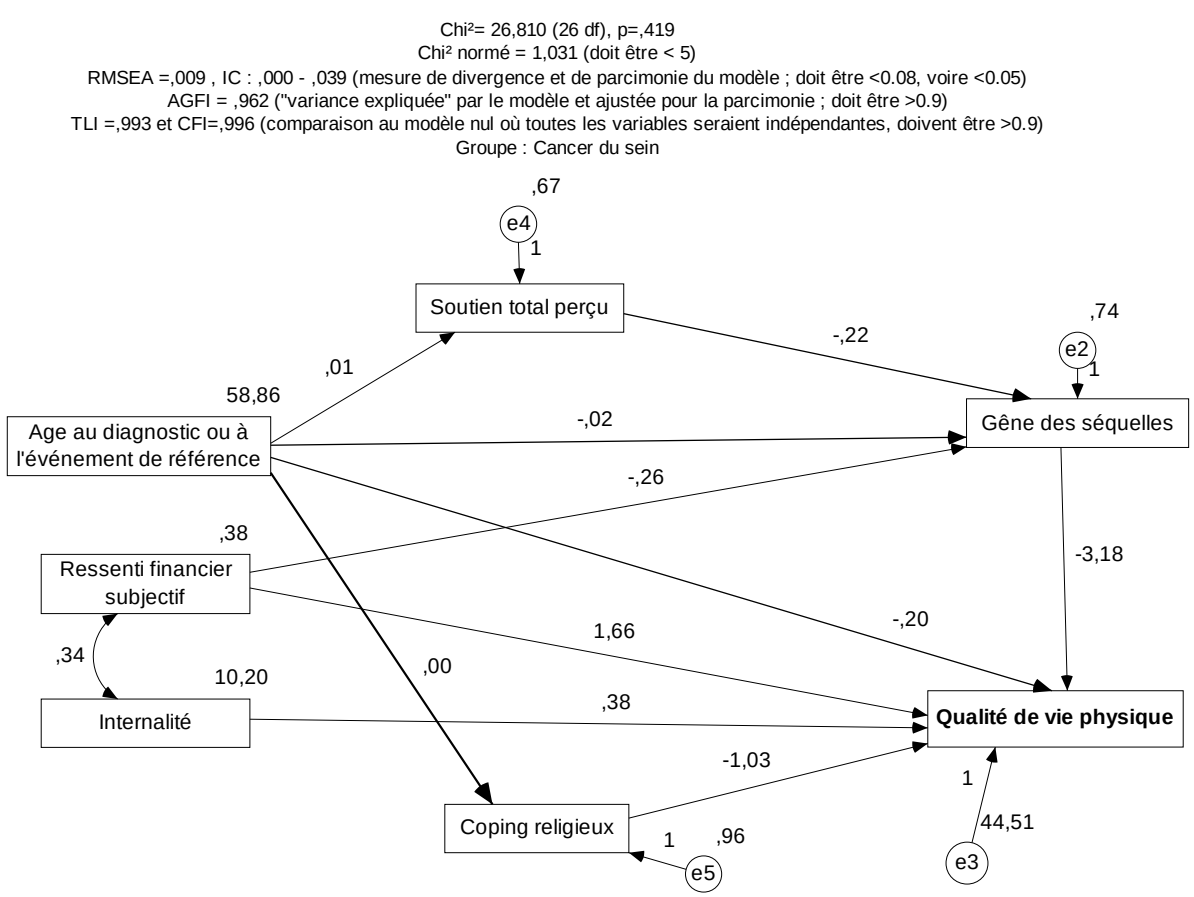


Figure 23 : Modèle réduit prédictif de la qualité de vie physique - Groupe cancer.

L'examen de l'analyse multi-groupes (Tableau 19) montre que le modèle contraint, équivalent entre les deux groupes, est significativement moins bon que le modèle libre, puisque la contrainte totale augmente le χ^2 de 52 points ($p<0.001$). Un ou plusieurs paramètres doivent donc être significativement différents selon les groupes. Au niveau des effets, quatre différences sont à noter. Tout d'abord, comme nous l'avons déjà vu, le soutien perçu (Modèle 6 du tableau) agit différemment sur les séquelles dans les deux groupes. Il diminue les séquelles laissées par le cancer (coefficient non standardisé de -0.22, $p<0.001$), tandis qu'il n'a pas d'impact sur les séquelles laissées par divers événements stressants (0.06, $p=0.512$; voir figure 24 ci-dessous pour le modèle du groupe contrôle). Ensuite, selon les groupes, l'âge agit différemment sur le coping religieux, les séquelles et la qualité de vie physique (Modèles 4, 7 et 9). Chez les personnes ayant eu le cancer, l'âge au diagnostic ne prédit pas le coping religieux (0.00, $p=0.531$), tandis que chez les personnes contrôles, l'âge à l'événement stressant de référence augmente le coping religieux (0.04, $p<0.001$).

Tableau 19 : Analyse multi-groupes pour la prédiction de la qualité de vie physique.

Modèle et paramètre libéré	AIC	χ^2	P du modèle	DF	ΔDF	$\Delta\chi^2$ (p du Δ)	χ^2 normé
Unconstrained (modèle non contraint, donc libre)	95,029	23,029	,287	20			1,151
M1 : Tout contraint	125,228	75,228	,000	31	11	52.199 (p<0.001)	2,427
M2 : Séquelles à QDV physique	125,017	73,017	,000	30	1	ns	2,434
M3 : Internalité à QDV	126,353	72,353	,000	29	1	ns	2,495
M4 : Age à QDV	123,033	67,033	,000	28	1	5.32 (p<0.025)	2,394
M5 : Finances à QDV	123,854	65,854	,000	27	1	ns	2,439
M6 : Soutien aux séquelles	116,919	56,919	,000	26	1	8.935 (p<0.01)	2,189
M7 : Age aux séquelles	107,302	45,302	,008	25	1	11.617 (p<0.001)	1,812
M8 : Finances à séquelles	109,233	45,233	,005	24	1	ns	1,885
M9 : Age au coping religieux	100,799	34,799	,054	23	1	10.434 (p<0.01)	1,513
M10 : Age à soutien	102,618	34,618	,042	22	1	ns	1,574
M11 : Coping religieux sur QDV	104,083	34,083	,036	21	1	ns	1,623
M12 : Variance d'erreur de QDV physique	95,029	23,029	,287	20	1	11.054 (p<0.001)	1,151
Modèle retenu avec 5 spécificités	86,810	26,810	,419	26			1,031

De plus, dans le cas du cancer du sein, l'âge au diagnostic diminue les séquelles perçues, mais aussi la qualité de vie physique ultérieure (respectivement, -0.02, p<0.009 et -0.20, p<0.001), tandis que dans le cas d'autres événements, l'âge augmente les séquelles ultérieures (0.02, p<0.05) mais n'a pas d'effet délétère direct sur la qualité de vie physique (-0.01, p=0.876). Enfin, les variances d'erreur de la qualité de vie physique sont significativement différentes d'un groupe à l'autre (Modèle 12 du tableau 19). Dans le groupe cancer, la variance d'erreur de la VD est de 44.51 (comme indiqué sur la figure 23, plus haut), tandis que dans le groupe contrôle, elle monte à 73.19 (Figure 24). Ainsi, le modèle prédit significativement moins bien la qualité de vie physique après divers événements stressants (puisque l'erreur est plus grande) qu'après le cancer du sein.

Malgré ces différences notables, plusieurs points communs sont à noter dans la prédiction de la qualité de vie physique après un cancer du sein ou tout autre événement

stressant. Dans les deux cas, les séquelles, quelles qu'elles soient, diminuent la qualité de vie physique. Le coping religieux est également associé à une baisse de cette qualité de vie quel que soit l'événement de référence. Inversement, l'aisance financière et un lieu de contrôle interne augmentent la qualité de vie physique dans les deux groupes. On notera que dans tous les cas, l'aisance financière diminue la gêne des séquelles et que l'âge favorise la perception de soutien social.

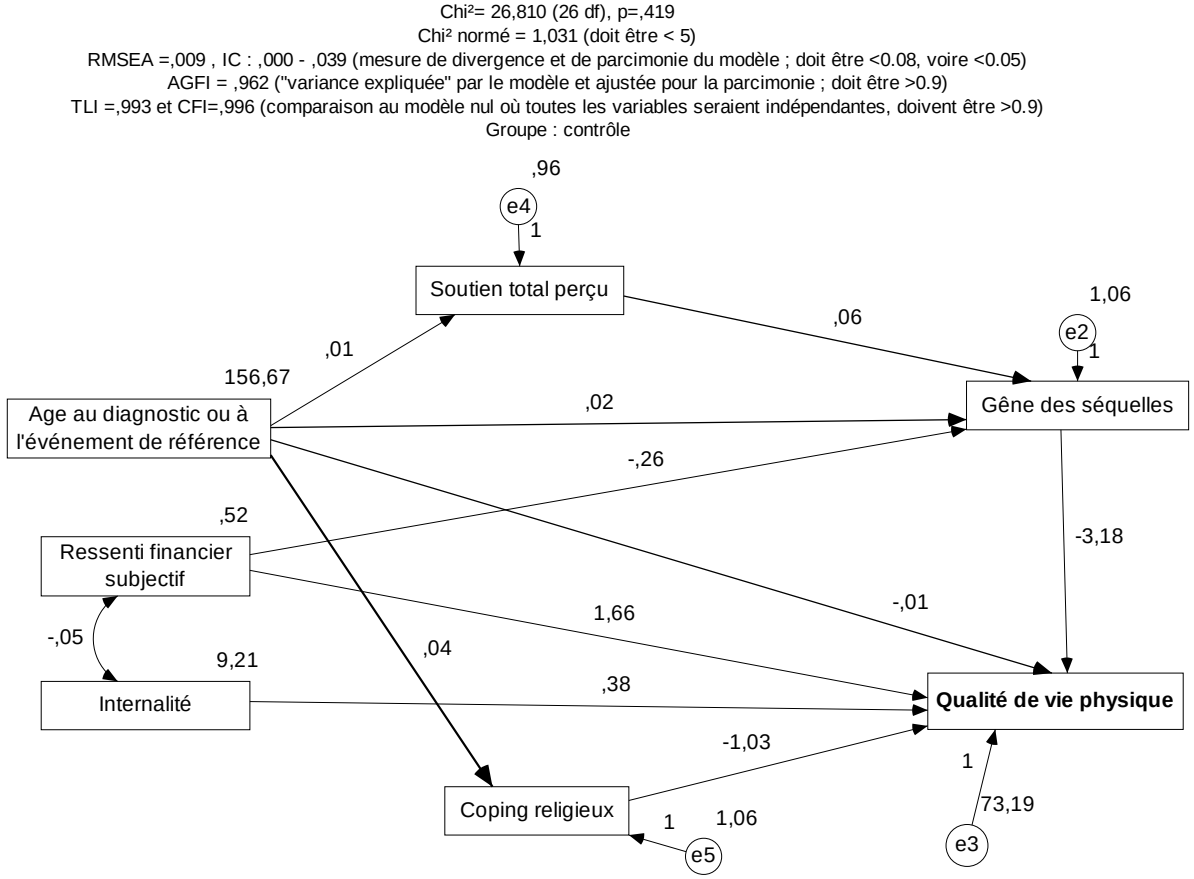


Figure 24 : Modèle réduit prédictif de la qualité de vie physique - Groupe contrôle.

3.2.3. Conclusion

Les modèles prédictifs de la qualité de vie mentale et physique ne peuvent être considérés comme équivalents d'un groupe à l'autre. En effet, les modèles présentés expliquent significativement plus la qualité de vie mentale et physique dans le groupe cancer que dans le groupe contrôle, suggérant un impact plus fort du cancer du sein que divers événements de vie stressants sur les deux issues. En particulier, si l'affectivité négative diminue la qualité de vie mentale dans tous les cas, son impact est plus fort lors du cancer du

sein. Inversement, le soutien perçu diminue le ressenti des séquelles chez les femmes faisant référence au cancer, mais non chez les autres. En somme, c'est comme si, dans le cas du cancer, ces deux variables avaient plus d'impact : l'affectivité négative est plus délétère et le soutien est plus salutogène. Pour la prédiction de la qualité de vie physique, l'âge a des effets différents selon l'événement traumatique de référence. Dans le cas du cancer, l'âge est protecteur vis-à-vis des séquelles mais délétère pour la qualité de vie physique. Inversement, dans le cas de divers événements, l'âge accentue les séquelles mais ne diminue pas la qualité de vie physique directement. Enfin, avec l'âge, on utilise plus le coping religieux pour faire face à divers événements stressants, mais non pour faire face au cancer du sein. Ce résultat doit être pris avec précaution compte tenu du fait que la population contrôle a été recrutée en partie via le biais d'une association catholique pour les femmes les plus âgées, ce qui explique sans doute ceci.

4. Discussion

L'objectif de cette recherche était de proposer un modèle exhaustif prédictif de la qualité de vie de femmes françaises en rémission d'un cancer du sein diagnostiqué 5 à 15 ans auparavant. L'originalité de cette étude est double. D'une part, c'est une des premières recherches françaises sur la prédiction de la qualité de vie à long terme du cancer du sein, d'autre part, elle inclut une population contrôle permettant de mettre en exergue certaines spécificités de l'impact du cancer sur la qualité de vie, par rapport à l'impact d'autres événements stressants sur la même issue. Avant la conclusion générale, nous proposons une discussion des résultats spécifiques à chaque dimension de la qualité de vie.

4.1. Prédiction de la qualité de vie mentale

Conformément à notre hypothèse et à la littérature, la personnalité influence directement la qualité de vie mentale et son effet est important par rapport à celui des facteurs sociodémographiques et médicaux (Carver et al., 1993 ; Grassi & Rosti, 1996 ; Gotay et al., 2004 ; Perkins et al., 2007). En effet, parmi les antécédents, seules les variables de personnalité influencent directement la VD. L'optimisme et l'affectivité améliorent la qualité de vie mentale. Cela avait déjà été démontré dans un contexte cancéreux, autant pour

l'optimisme (Carver et al., 2005, 2006 ; Gotay et al., 2004 ; Perkins et al., 2007) que pour l'affectivité positive, (Avis et al., 2005 ; Hardy et al., 2009) pris séparément. Dans notre recherche, en introduisant ces deux variables dans le même modèle, nous montrons, en plus, que l'optimisme prédit la qualité de vie mentale lorsque l'affectivité positive est contrôlée, et réciproquement. Ainsi, bien que ces deux variables soient corrélées, chacune a un effet spécifique sur la qualité de vie mentale et complémentaire à celui de l'autre. Nous avons aussi observé un effet direct, fort et négatif, de l'affectivité négative sur la qualité de vie mentale. Au regard de cet effet déjà mis en évidence dans un contexte cancéreux (Hardy et al., 2009), il serait important d'introduire plus systématiquement cette variable de personnalité dans les recherches sur la qualité de vie après le cancer, et ce d'autant plus que cet effet est plus fort après un cancer qu'après divers événements stressants. Cousson-Gélie (2000) rapporte un effet indirect de l'anxiété-trait au diagnostic d'un cancer du sein sur la qualité de vie liée au cancer deux ans plus tard. Cet effet était médiatisé par le stress perçu au diagnostic, ce qui ne se confirme pas dans nos analyses où l'affectivité négative n'a pas d'effet significatif sur le stress perçu au diagnostic. De même, si Cousson-Gélie (2000) trouve un impact du stress au diagnostic sur la qualité de vie liée au cancer deux ans plus tard, nos résultats, comme ceux de Lebel et al. (2008), ne montrent en revanche pas d'impact direct de ce stress sur des issues générales de bien-être ultérieur (et non plus spécifiquement liées au cancer). Le stress perçu au diagnostic n'impacte donc pas directement le bien-être général à long terme. En revanche, en augmentant les séquelles perçues (du moins leur gêne), ou en diminuant la qualité de vie liée au cancer comme dans l'étude de Cousson-Gélie (2000), il altère indirectement la qualité de vie mentale ultérieure.

Concernant l'internalité, contrairement à l'étude de Tomich et Helgeson (2002), assez comparable à la nôtre (à 5 ans du cancer du sein et avec le SF-36 également), nous n'avons pas trouvé d'effet de l'internalité sur la qualité de vie mentale. Nos résultats rejoindraient plutôt ceux de Stanton et Snider (1993) qui, dans une étude sur le cancer du sein au diagnostic, n'avaient pas non plus constaté d'effet de l'internalité sur l'humeur positive comme sur l'humeur négative. Néanmoins, l'internalité étant souvent un facteur protecteur de diverses issues psychologiques (Henselmans et al., in press ; Ell et al., 1989 ; Grassi & Rosti, 1996), nos résultats restent étonnants, et la question mériterait d'être explorée. L'internalité pourrait par exemple masquer son influence sous un effet modérateur. Les effets modérateurs sont souvent cherchés après qu'un effet théorique attendu n'ait pas pu être vérifié empiriquement (Baron & Kenny, 1986 ; Wu & Zumbo, 2007), comme c'est le cas ici. Or effectivement, le soutien social a, par exemple, un effet différent sur l'anxiété, la dépression et la qualité de vie

chez les internes et les externes (Abbey & Andrews, 1985 ; Sandler & Lakey, 1982), bien que les deux études citées montrent des résultats contradictoires. Après des événements stressants de diverses natures, l'effet tampon du soutien social sur l'anxiété et la dépression fonctionne chez les internes mais non chez les externes (Sandler & Lakey, 1982). Inversement, après une dépression importante, le soutien social augmente la qualité de vie chez les externes, mais non chez les internes (Abbey & Andrews, 1985). L'effet modérateur dépendrait donc aussi de la nature de l'événement. En tout cas, plus qu'un effet direct, l'internalité pourrait modérer les effets d'autres variables sur la qualité de vie, et cette hypothèse reste à tester sur nos données.

A côté de la personnalité, deux antécédents jouent aussi un rôle attendu sur la qualité de vie mentale. Conformément à notre hypothèse et à la littérature conséquente sur le sujet, la chimiothérapie n'a pas d'effet direct sur la qualité de vie mentale (e.g., Carver et al., 2005 ; Cimprich et al., 2002 ; Ganz et al., 2003), mais bien un effet indirect médiatisé par la perception de séquelles qu'elle augmente, et qui fait chuter la qualité de vie mentale. Nous avons aussi trouvé un effet positif de l'âge qui, favorisant la satisfaction du soutien social, augmente indirectement la qualité de vie mentale. Notre hypothèse supposait en fait un effet direct de l'âge sur la qualité de vie mentale. Cet effet ne se vérifie pas (comme en atteste l'absence de flèche de l'âge à la qualité de vie), du moins lorsque le soutien perçu est présent dans le modèle. Enfin, alors que l'effet protecteur du couple sur la qualité de vie mentale, par rapport au célibat, a déjà été mis en évidence transversalement à long terme d'un cancer (Peuckmann et al., 2007), notre recherche n'a pu confirmer ce point. Cependant, l'évaluation du statut conjugal, pour être pertinente, devrait surtout prendre en compte la qualité de la relation au conjoint, ce qui n'a pas été le cas dans cette recherche et qui pourrait aussi expliquer certains résultats atypiques trouvés dans la littérature, tels que l'absence de lien entre les deux variables (Kobayashi et al., 2008), ou même l'impact négatif du couple sur la qualité de vie mentale après un cancer (McCaul et al., 1999).

A l'exception de l'effet négatif du coping actif sur la qualité de vie mentale qui n'a pas toujours été observé dans la littérature, les effets des variables transactionnelles sur la qualité de vie mentale sont cohérents et attendus. Comme déjà mentionné dans cette discussion, le stress au diagnostic diminue la qualité de vie par la médiation des séquelles, mais ne présente pas d'effet direct. Le soutien total perçu (émotionnel, d'estime, informationnel, matériel) a un effet total positif, à la fois directement, et indirectement en diminuant la perception des séquelles. Transversalement, de nombreuses études ont montré l'effet direct positif du soutien social sur la qualité de vie mentale dans le cadre d'un cancer (Bloom et al., 2007 ; Ganz et al.,

2002 ; Mols et al., 2005 ; Paskett et al., 2008). Longitudinalement, cette question a, en revanche, été peu étudiée, à l'exception de Grassi et Rosti (1996) qui trouvent aussi un effet positif longitudinal. Notre recherche, transversale, mais rétrospective, confirme ces données. Le souvenir d'avoir été soutenue lors du cancer semble donc bénéfique à la qualité de vie actuelle. Il peut s'agir du souvenir du soutien passé, mais aussi peut-être du soutien actuel. Il est possible qu'il y ait une certaine continuité dans le soutien social perçu au fil des années et que par conséquent, le soutien évalué à propos du cancer reflète un facteur de soutien plus général, indépendant du temps ou des événements et qui impacte la qualité de vie mentale actuelle. Le fait que l'affectivité (positive et négative) influence la perception de soutien irait d'ailleurs dans ce sens.

En ce qui concerne le coping, il faut d'abord constater que parmi les sept formes de coping révélées par notre analyse factorielle (cf. méthodologie de la recherche, page 165 : coping actif, positif, relationnel, religieux, de déni, de blâme, d'usage de substances), seules deux formes ont été incluses dans notre modèle (actif et substances), toutes les autres ne montrant pas de lien avec la qualité de vie mentale. Le coping au diagnostic du cancer ne semble donc pas fondamentalement prédictif de la qualité de vie mentale ultérieure. De plus, contrairement à plusieurs recherches (Cayrou & Dickes, 2008 ; Cotton et al., 1999 ; Ell et al., 1989 ; Heim et al., 1997 ; Stanton et al., 2000), mais en accord avec d'autres transversales et longitudinales (David et al., 2006 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Lebel et al., 2008 ; McCaul et al., 1999 ; Stanton & Snider, 1993), nous avons trouvé un effet négatif du coping actif[6] sur la qualité de vie mentale. En examinant de plus près les références contradictoires citées à l'instant, nous avons repéré que la divergence de résultats pourrait peut-être s'expliquer par le contrôle de la personnalité positive et optimiste. En effet, dans les recherches montrant un effet salutogène du coping centré sur le problème, l'optimisme n'est pas contrôlé, tandis que dans notre recherche, comme dans d'autres montrant un effet délétère de ce même coping (David et al., 2006 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Lebel et al., 2008 ; Stanton & Snider, 1993), l'optimisme est contrôlé. Nous suggérons donc un effet de suppression négative. De plus, nos résultats montrent encore que le coping actif est tout autant le fruit d'une personnalité positive et optimiste, que de la chimiothérapie et d'une perception de stress. Cela signifie que, entre deux personnes au même niveau d'affectivité positive et d'optimisme, celle qui réagit avec un coping actif perçoit plus de stress (et a sans doute reçu de la chimiothérapie), ce qui l'entraîne dans une de lutte fatigante pour faire face (planification, action, distraction), délétère pour sa

[6] pour rappel, ce facteur comprend la distraction, planification et le coping actif du Brief Cope

qualité de vie mentale, particulièrement si elle n'aboutit pas au résultat escompté. Si l'interprétation de l'effet du coping actif sur la qualité de vie mentale n'en reste pas moins complexe, il paraît en tout cas pertinent qu'elle soit réalisée au regard de la personnalité et des facteurs de stress, et non indépendamment du contexte (comme dans le cas de corrélations ou de régressions sans contrôle de la personnalité et du stress perçu). Enfin, nous avons aussi mis en évidence un effet direct négatif, faible, de l'utilisation de substances sur la qualité de vie mentale. L'utilisation de substances (notamment d'alcool) au diagnostic d'un cancer du sein s'apparente à la catégorie des copings d'évitement, dont les effets nocifs dans ce contexte ont déjà été révélés transversalement ou longitudinalement mais sur de faibles laps de temps (Hack & Degner, 2004 ; McCaul et al., 1999 ; Stanton & Snider, 1993). Nos résultats suggèrent un effet rémanent plus long de l'impact négatif du coping de substances. Ici, on constate aussi que l'utilisation de substances est une des voies par lesquelles le pessimisme affecte négativement la qualité de vie mentale.

Pour finir, la comparaison de la prédiction de la qualité de vie mentale avec une population contrôle a révélé un impact plus fort de l'affectivité négative sur la qualité de vie mentale pour les femmes ayant eu le cancer, et une diminution des séquelles par le soutien chez ces dernières, mais non chez les femmes de la population contrôle. Les femmes ayant eu le cancer seraient donc plus vulnérables par rapport à l'affectivité négative mais bénéficieraient plus du soutien perçu. Si les résultats de cette question de recherche exploratoire se confirmaient sur d'autres échantillons, certaines recommandations pratiques pourraient être faites pour porter une attention particulière aux femmes cancéreuses alliant affectivité négative et faible soutien perçu.

4.2. Prédiction de la qualité de vie physique

Au niveau des antécédents, en accord avec la revue de question de Stein et al. (2008) sur la rémission à long terme au cancer, nous confirmons l'impact négatif direct de l'âge au diagnostic sur la qualité de vie physique et l'effet positif de l'aisance financière ressentie. De plus, l'aisance financière diminue aussi la gêne des séquelles. Comme dans l'étude de Tomich & Helgeson (2002) à 5 ans d'un cancer du sein, nous avons aussi constaté une influence directe et positive de l'internalité sur la qualité de vie physique. On remarquera que dans l'étude qualitative du développement post-traumatique (étude 2 de cette thèse), la classe de la rupture/continuité était caractérisée en premier lieu par des personnes peu internes (voir

précisément la page 215 de l'étude 2) et révélait des limitations physiques. Notons aussi que Perkins et al. (2007) n'ont pas trouvé d'effet de l'internalité chez des femmes de plus de 70 ans en rémission du cancer. La relation de l'internalité à la qualité de vie pourrait être plus indirecte que directe. En effet, pensant que, d'une façon générale, ce qui lui arrive dépend d'elle, une personne interne sera sans doute plus sensible qu'une personne externe aux recommandations des cancérologues sur l'alimentation et l'exercice physique, et ainsi plus encline à les mettre en pratique. Ce faisant, sa qualité physique s'en trouvera améliorée. En introduisant dans notre modèle une variable sur les modifications des comportements de santé, l'effet direct trouvé ici chuterait peut-être pour laisser place à un effet médiatisé par ces comportements. Un lien indirect expliquerait pourquoi Perkins et al. (2007) n'ont pas trouvé d'effet de l'internalité sur la santé perçue chez des femmes de plus de 70 ans, car il se pourrait qu'avec l'âge, les comportements de santé adéquats, bien que positifs, ne réussissent plus autant qu'avant à améliorer la qualité de vie physique au regard des comorbidités nouvelles liées au vieillissement. L'hypothèse d'un effet modérateur de l'âge sur le lien entre internalité et qualité de vie physique (ou sur le lien entre comportements de santé et qualité de vie physique) reste à tester.

Au niveau des variables médicales, la chimiothérapie a bien un effet indirect délétère sur la qualité de vie, transitant par les séquelles. Cet effet indirect répond ainsi au paradoxe apparent de la littérature sur le sujet qui, bien que prouvant de multiples conséquences néfastes de la chimiothérapie, telles que des limitations dans les activités physiques (Ahles et al., 2005 ; Carver et al., 2006 ; Ganz et al., 2002), des problèmes de fertilité (Ahles et al., 2005), de sexualité (Broeckel et al., 2002 ; Ganz et al., 1998, 2002 ; Takahasi & Kai, 2005), des douleurs au bras et des symptômes hormonaux (Bloom et al., 2004), ne trouve pour autant pas d'effet direct de la chimiothérapie sur la qualité de vie physique (Ganz et al., 2003 ; Joly et al., 2000 ; Perkins et al. 2007 ; Peuckmann et al., 2007 ; Robb et al., 2007). Notre recherche clarifie ce paradoxe apparent en montrant qu'effectivement, il ne s'agit pas d'un effet direct, mais indirect. Aussi, si nous n'avions pas inclus les séquelles actuelles dans notre modèle, comme la plupart des recherches, nous aurions conclu à une non nocivité de la chimiothérapie à long terme, ce qui est à nuancer, compte tenu de son effet indirect sur l'issue. Contrairement à la littérature (Bloom et al., 2004 ; Casso et al., 2004 ; Carver et al., 2006 ; Grassi & Rosti, 1996), nous avons trouvé un effet négatif du stade de la tumeur sur la qualité de vie physique. Nous avons également trouvé que le stade de la tumeur augmentait le stress perçu. Il est possible que la divergence de nos résultats avec ceux de la littérature soient due au codage particulier de la variable, que nous avons effectué de façon dichotomique : Stade III, versus I

et II regroupés. Au regard de la littérature et de nos résultats, nous constatons qu'en termes de stress et de qualité de vie physique, on ne peut comparer le passage du stade I au stade II, au passage du stade II au stade III. Au niveau de leurs effets, les deux premiers stades peuvent donc être regroupés ensemble, tandis qu'une tumeur au stade III est plus difficile à vivre, à la fois psychologiquement et physiquement. Mentionnons cependant que notre échantillon comprenait moins de 10% de femmes au stade III, et que par conséquent, ces résultats demandent à être vérifiés sur d'autres échantillons. Enfin, parmi toutes les formes de copings, seul le coping religieux a été introduit, tout autre coping n'étant pas lié à la qualité de vie physique. D'après notre modèle, le coping religieux au diagnostic (ou du moins le souvenir actuel de ce coping) prédit une baisse de la qualité de vie physique ultérieure. Nos résultats ne sont pas sans rappeler ceux de McCaul et al. (1999) qui trouvent une corrélation négative entre la qualité de vie physique et un coping cognitif au diagnostic du cancer du sein. Il paraît peu plausible que cette prédiction relève d'un lien de cause à effet du coping religieux sur la qualité de vie physique. Nous pensons plutôt le coping religieux lors de la maladie comme un révélateur de problèmes physiques peu contrôlables par le sujet qui s'échappe alors dans un coping cognitif, spirituel, plus adapté à des situations non contrôlables. Le fait que la chimiothérapie augmente le coping religieux supporte notre hypothèse. En tant que marqueur de difficultés physiques, on comprend mieux le lien entre coping religieux et qualité de vie physique.

Enfin, le pattern de prédiction de la qualité de vie physique est différent selon l'événement de référence, cancer ou autre. En particulier, l'âge diminue la perception des séquelles après un cancer mais non après d'autres événements. Ceci s'explique probablement par le fait que les séquelles liées au cancer sont essentiellement physiques et souvent confondues par les personnes d'un certain âge avec des comorbidités liées à l'âge (Foley et al., 2006 ; Robb et al., 2007 ; Schroevers et al., 2006). Ainsi, avec l'âge, les femmes ont du mal à identifier si leurs problèmes physiques sont liés à l'âge ou au cancer. A l'inverse, dans la population contrôle, l'âge renforce la perception de séquelles, essentiellement psychologiques cette fois, montrant un plus grand impact psychologique des événements de vie stressants avec l'âge. L'âge a aussi un effet direct néfaste sur la qualité de vie physique dans le cas du cancer, mais non dans le cas d'autres événements. L'interaction entre l'âge et l'événement laisse penser que le cancer accentue les effets du vieillissement, ce que corrobore la revue de question de Stein et al. (2008) lorsqu'elle conclut que l'âge est l'un des plus hauts facteurs de risque des symptômes physiques associés au cancer du sein et de l'affaiblissement de la qualité de vie physique après ce cancer.

4.3. Conclusion générale

Conformément à notre hypothèse générale, le modèle intégratif en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002) permet une bonne prédiction de la qualité de vie dans ce contexte particulier de l'après cancer du sein à long terme, notamment de la qualité de vie mentale qu'il prédit particulièrement bien (50% de variance expliquée). Les qualités de vie, mentale et physique, présentent des modèles prédictifs assez différents. Pour résumer, la qualité de vie mentale est peu sensible aux antécédents sociodémographiques et médicaux mais dépend en revanche de la personnalité, des transactions jouées lors de la maladie (ou du moins du souvenir de ces transactions), et des séquelles actuelles laissées par le cancer. La qualité de vie physique dépend à l'inverse assez peu de la personnalité, mais bien des antécédents sociodémographiques et médicaux, des transactions de façon plutôt indirecte, et fortement des séquelles actuelles laissées par la maladie et ses traitements. Pour les deux issues, le stress perçu au diagnostic diminue indirectement la qualité de vie, tandis que le soutien l'augmente. D'un point de vue pratique, ces deux points devraient faire l'objet d'une attention particulière des professionnels de la santé pour repérer les personnes les plus à risque de voir leur qualité de vie diminuer, c'est-à-dire celles sujettes au stress et percevant peu de soutien. De plus, qu'il s'agisse de la qualité de vie mentale ou physique, les copings que nous avons trouvés directement liés à l'issue, le sont toujours négativement. Le coping, quel qu'il soit, reflète une difficulté physique ou psychologique à laquelle le sujet essaie de faire face, et c'est cette difficulté en amont du coping, qui permet en partie de mieux comprendre le lien négatif entre coping et qualité de vie. Le fait que la chimiothérapie soit un catalyseur de coping confirme cette interprétation. En somme, nous soulignons l'idée que, aussi adapté et positif un coping soit-il, il reste existant au regard d'une difficulté, ce qui explique, en partie, pourquoi il s'associe à une qualité de vie diminuée. Pour l'autre partie de l'explication, nous proposons une autre interprétation de l'effet négatif constaté. Une des limites des théories et de l'opérationnalisation du coping est de ne pas prendre en compte l'efficacité perçue ou réelle de ces stratégies, et notamment au regard de la nature de l'issue à prédire, physique ou mentale (Fischer & Tarquinio, 2006). Plus que le coping lui-même, c'est sans doute cette efficacité qu'il faudrait mesurer, et mettre en lien avec la qualité de vie. Nos résultats sont particulièrement intéressants par rapport à cette hypothèse. En effet, nous avons trouvé que c'est un coping comportemental (le coping actif) qui prédit une diminution de la qualité de vie mentale, tandis que c'est un coping cognitif (le coping religieux) qui prédit une diminution de la qualité de vie physique. Autrement dit, le lien négatif entre coping et qualité

de vie s'observe lorsque la nature du coping (comportementale ou cognitive) ne correspond pas à la nature de l'issue, physique ou mentale. Dans ce cas, le coping utilisé ne paraît pas adapté à l'issue et son effet ne peut être salutogène. Un coping qui n'est pas de même nature que la nature du problème (comme le coping religieux face à un problème physique) traduirait donc une incapacité, dépendante ou non du sujet, à faire face efficacement, qui devrait être repérée comme facteur de risque pour la qualité de vie ultérieure. De même, un coping non efficace en fonction du contexte, risque d'épuiser un sujet naviguant sur une mauvaise voie. Stanton et al. (2000) ont d'ailleurs montré qu'à court terme d'un cancer du sein, le coping d'expression émotionnel n'est bénéfique pour la qualité de vie mentale que lorsque l'entourage y est réceptif. Sans prise en compte de sa pertinence par rapport à un contexte précis, le coping perd de sa capacité prédictrice.

Finalement et globalement, nos résultats attestent que, la maladie, ses traitements, et la façon dont les femmes y ont réagi psychologiquement (ou du moins le souvenir de cette situation), ont encore une influence sur leur qualité de vie mentale et physique 5 à 15 ans plus tard. La comparaison des modèles de prédiction avec une population contrôle va également dans ce sens. En effet, le fait que les qualités de vie, physique et mentale, soient significativement plus expliquées après un cancer du sein qu'après divers événements stressants par un modèle transactionnel, supporte l'idée d'un impact plus fort du cancer que d'autres événements, sur la qualité de vie ultérieure.

Discussion générale

1. Résultats de cette recherche

1.1. La qualité de vie

1.1.1. La qualité de vie à long terme d'un cancer

A long terme du diagnostic, la qualité de vie, physique et mentale, des femmes en rémission, est tout à fait satisfaisante et équivalente, voire supérieure sur certaines dimensions physiques, à celle de femmes de la même tranche d'âge et n'ayant pas eu de cancer. Nous confirmons là les conclusions encourageantes des recherches antérieures sur la question (Mols et al., 2005 ; Bloom et al., 2007 ; Mehnert & Koch, 2008 ; Peuckmann et al., 2007). La qualité de vie sexuelle est cependant significativement inférieure pour les femmes qui ont eu le cancer par rapport aux autres, et cela constitue une exception notable au résultat général précédent. Ces difficultés sexuelles sont surtout imputables aux effets rémanents des traitements, et notamment de la chimiothérapie (Casso et al., 2004), même à des années du diagnostic (Bloom et al., 2004 ; Broecket et al., 2002 ; Casso et al., 2004 ; Paskett et al., 2008 ; Mols et al., 2005).

A long terme du cancer, les dimensions de qualité de vie, physique et mentale, sont prédites par des modèles différents. Examinons en premier lieu la qualité de vie mentale.

1.1.2. Prédiction de la qualité de vie mentale

1.1.2.1. Les antécédents

Parmi les antécédents, aucune variable sociodémographique ne montre d'effet direct sur la qualité de vie mentale. De même, aucun antécédent médical (traitement, stade de la tumeur, mastectomie, délai depuis le diagnostic) n'influence directement la qualité de vie mentale à plus de cinq ans du diagnostic. Notons cependant que la chimiothérapie, en augmentant la gêne des séquelles ressenties, diminue indirectement la qualité de vie. Cet effet indirect rend compte à la fois des recherches précédentes ne montrant pas d'effet direct de la chimiothérapie sur des issues psychologiques ultérieures (Carver et al., 2005 ; Morrill et al., 2008 ; Ganz et al., 2002 ; Perkins et al., 2007) et des recherches montrant cependant des séquelles psychologiques telles que la peur de la récidive ou des inquiétudes concernant l'apparence (Ahles et al., 2005 ; Amir & Ramati, 2002 ; Carver et al., 2006). Contrairement aux antécédents sociodémographiques et médicaux, nous confirmons bien qu'après un cancer,

la personnalité des femmes joue un rôle clef dans la prédiction de leur qualité de vie mentale (Carver et al., 1993 ; Grassi & Rosti, 1996 ; Gotay et al., 2004 ; Perkins et al., 2007). En particulier, l'affectivité positive et l'optimisme ont un effet salutogène sur cette issue. Précisions aussi que, bien que corrélées entre elles, l'affectivité positive et l'optimisme sont deux variables aux effets différenciés. En effet, l'inclusion de ces deux variables dans notre modèle permet de conclure que, à optimisme égal, l'affectivité positive influence la qualité de vie mentale et réciproquement. A l'inverse, l'affectivité négative diminue la qualité de vie mentale et son effet est fort. La qualité de vie mentale semblerait donc plus influencée par les aspects négatifs de la personnalité que par ses aspects positifs. Contrairement à notre hypothèse et à d'autres recherches sur le cancer (Grassi & Rosti, 1996 ; Perkins et al., 2007 ; Tomich & Helgeson, 2002), l'internalité n'a pas montré d'effet suffisamment fort sur la qualité de vie mentale pour rester dans notre modèle. Il faut dire que les études citées précédemment ne comportaient pas autant de variables de personnalité contrôlées que la présente recherche. Dans notre cas, avec contrôle de l'optimisme, de l'affectivité positive et négative, l'internalité échoue à prédire l'issue. Bien que moins étudiées dans le contexte du cancer, d'autres variables de personnalité, telles que l'estime de soi ou l'auto-efficacité, auraient aussi pu être intéressantes dans la prédiction de la qualité de vie mentale après le cancer.

1.1.2.2. Les transactions

Dans notre modèle, parmi les variables transactionnelles, seul le soutien social perçu a un effet positif sur la qualité de vie mentale. L'effet bénéfique direct du soutien dans le contexte cancéreux a déjà été mis en évidence sur différents cancers (Bloom et al., 2007 ; Ganz et al., 2002 ; Mols et al., 2005 ; Paskett et al., 2008). Ici, nous montrons également que le soutien diminue la perception de séquelles gênantes, augmentant indirectement la qualité de vie mentale. Ce résultat est important car il montre que, via un soutien social satisfaisant, les patientes ont une certaine marge de manœuvre sur les séquelles laissées par la maladie. On peut supposer que l'effet du soutien sur les séquelles est dû à la fois au soutien matériel et informationnel pouvant compenser, en partie, certaines limitations physiques dues au cancer, comme aux soutiens émotionnel et d'estime qui, en laissant une place à l'expression des difficultés, permettent peut-être aux femmes concernées de les relativiser. C'est donc le soutien social perçu total (addition du soutien d'estime, matériel, informationnel et émotionnel) que nous avons retenu, dont chaque dimension est importante dans le contexte du cancer. Le soutien d'estime (réconfort et écoute) est le plus approprié par rapport aux aspects non contrôlables de la maladie (évolution de la maladie, effet des traitements, etc.), tandis que

le soutien matériel est précieux lors des traitements (accompagnement aux chimiothérapies par exemple), et que les soutiens informationnel et émotionnel peuvent aider les femmes à gérer au mieux les aspects contrôlables de la maladie (régime alimentaire approprié par exemple ; Helgeson, 2003). En accord avec plusieurs études (Blanchard et al., 1995 ; Helgeson, 2003) révélant que la dimension du soutien est d'autant plus efficace qu'elle est en adéquation avec la source (par exemple, le soutien informationnel est plus efficace lorsqu'il provient du corps médical que du noyau familial), il serait intéressant de voir si une pondération des scores du questionnaire de soutien social perçu de Bruchon-Schweitzer (2002), en fonction de la nature et de la source, ajouterait une part de variance prédite de la qualité de vie mentale. En outre, de même que Lewis et al. (2001) avaient mis en évidence en effet tampon du soutien perçu sur l'impact négatif des pensées intrusives liées au cancer du sein sur la qualité de vie mentale, il serait pertinent de tester un effet modérateur du soutien sur le lien entre séquelles et qualité de vie.

Le stress perçu au diagnostic d'un cancer est annonciateur de détresse dans les mois, voire années, à venir (Gallaher et al., 2002 ; Golden-Kreutz et al., 2005 ; Hamama-Raz & Solomon, 2006 ; Parle et al., 1996 ; Stanton & Snider, 1993). Si nos résultats montrent que cet effet délétère du stress au diagnostic n'existe plus directement sur la qualité de vie mentale à long terme, il n'en reste pas moins que le stress prédit une diminution de la qualité de vie par la médiatisation des séquelles à long terme, dont il augmente la gêne perçue. On peut aussi interpréter ces résultats de façon inverse. Il convient de rappeler que notre évaluation porte sur le souvenir du stress perçu plutôt que sur le stress perçu réel au diagnostic. Or, comme l'ont montré Widows et al. (2005), le souvenir du stress est plus élevé que le stress réel au diagnostic. On peut alors supposer que ce n'est pas le stress qui influence la perception de séquelles mais bien les séquelles qui influencent le souvenir du stress au diagnostic. En effet, dans la lignée de la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957), il pourrait être dissonant pour un sujet de déclarer des séquelles mais peu de stress par rapport au cancer, car dans ce cas, les séquelles seraient en quelque sorte non justifiées et d'autant plus irritantes. Ainsi, si séquelles il y a, d'un point de vue psychologique, il est sans doute préférable qu'elles aient un sens, et le souvenir d'un stress élevé au diagnostic, en tant que marqueur d'une maladie grave, pourrait d'une certaine façon donner du sens à ces séquelles.

Au niveau du coping, parmi les sept facteurs révélés par notre analyse factorielle, seuls les copings actif et de substances ont été retenus pour leur impact direct sur la qualité de vie mentale. Il semble donc que le coping au diagnostic ne soit pas un facteur clef de la qualité de vie mentale évaluée 5 à 15 ans plus tard. En accord avec des recherches attestant de l'impact

délétère des copings d'évitement sur les issues psychologiques (Hack & Degner, 2004 ; McCaul et al., 1999 ; Stanton & Snider, 1993), nous avons constaté que l'utilisation de substances au diagnostic (ou du moins son rappel) diminuait la qualité de vie mentale, bien que l'effet soit modeste. Nous avons aussi trouvé un effet négatif du coping actif[7] sur la qualité de vie mentale. Si beaucoup de recherches ont conclu à un effet salutogène du coping centré sur le problème sur la qualité de vie (Cayrou & Dickes, 2008 ; Cotton et al., 1999 ; Ell et al., 1989 ; Hack & Degner, 2004 ; Heim et al., 1997), d'autres, dont la nôtre, ont montré un effet délétère de copings théoriquement salutogènes (coping actif dans notre cas) sur la qualité de vie ou sur d'autres issues psychologiques (David et al., 2006 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Lebel et al., 2008 ; McCaul et al., 1999 ; Stanton & Snider, 1993). En particulier, l'étude longitudinale de Lebel et al. (2008) révèle que le coping centré sur le problème à 3 mois du diagnostic prédit la détresse émotionnelle 6 ans plus tard. Notre résultat sur un lien négatif entre coping actif et qualité de vie mentale ne semble donc pas attribuable au caractère rétrospectif de notre recherche. L'examen attentif de toutes ces publications nous a permis de dégager un effet de suppression négative comme hypothèse explicative. En effet, il s'avère que dans les études citées précédemment, celles qui montrent un effet délétère du coping contrôlent l'optimisme, tandis que celles qui montrent un effet bénéfique du coping actif (ou des copings habituellement salutogènes) ne contrôlent pas l'optimisme. Nos analyses révèlent aussi que le coping actif dépend à la fois de ressources personnelles (optimisme et affectivité positive) et de facteurs de stress (chimiothérapie et stress perçu). Il semble donc essentiel que les études à venir sur le coping ne fassent pas l'économie du contrôle de toutes ces variables qui peuvent aussi avoir des effets sur les variables à prédire. De plus, toute forme de coping devrait toujours être évaluée au regard du contexte dans lequel elle se met en place (Fischer & Tarquinio, 2006). Par exemple, au diagnostic du cancer du sein, le coping centré sur le problème prédit une qualité de vie détériorée chez des femmes en mauvaise santé, mais non chez les autres (Cousson-Gélie, 2000). De même, le coping d'expression émotionnelle est salutogène uniquement si l'entourage y est réceptif (Stanton et al., 2000). Dans la même idée, un coping peut être efficace à certaines phases de la maladie, mais non à d'autres (Heim et al., 1997 ; Krohne, 1996). Dans notre cas, on peut ainsi se demander si le coping actif est une façon adaptée de faire face aux difficultés entraînées par un cancer du sein. Que l'action du coping actif soit orientée vers l'approche du problème (le cancer et ses traitements) ou vers

[7] Pour rappel, le facteur de coping actif est issu de la planification, de la distraction, et du coping actif du Brief Cope. On notera que notre coping actif comporte donc deux copings d'approche et un coping d'évitement.

son évitement, non seulement elle n'améliore pas la qualité de vie mentale dans ce cas précis, mais s'avère contre productive. Le coping actif et de planification du Brief Cope, qui composent en partie notre facteur de coping actif, traduiraient alors ici une volonté inappropriée de contrôle sur la situation du diagnostic et des traitements, finalement peu contrôlable. De même, le coping de distraction du Brief Cope, qui compose l'autre partie de notre facteur de coping actif, ne semble pas à même de contrecarrer l'angoisse due au cancer.

1.1.2.3. Effets médiateurs et modérateurs

Conformément au modèle théorique de référence (Bruchon-Schweitzer, 2002), nous avons aussi observé des effets médiateurs des variables transactionnelles, qui permettent de comprendre par quelles voies transite l'effet de certains antécédents sur l'issue. Notre travail révèle que l'effet bénéfique de l'âge sur la qualité de vie mentale à long terme d'un cancer du sein, souvent décrit dans la littérature (Bloom et al., 2007 ; Tomich & Helgeson, 2002), passe, au moins en partie, par plus de soutien social perçu, et donc une meilleure qualité de vie. Plusieurs hypothèses sont envisageables quant à l'effet positif de l'âge sur le soutien perçu. Il est possible qu'avec l'âge et la retraite en vue, les femmes investissent plus leurs relations aux autres, et perçoivent ainsi plus de soutien. Pour les mêmes raisons, leur entourage est peut-être aussi plus disponible, ce qui peut augmenter le soutien perçu. En outre, les attentes de soutien social sont peut-être plus basses avec l'âge et donc relativement plus satisfaisantes, même si l'hypothèse inverse pourrait tout autant se défendre.

En plus de son effet direct sur la qualité de vie mentale, l'effet de l'affectivité positive transite aussi par une plus grande perception de soutien social, ce qui rejoint des travaux montrant que l'affectivité positive est liée à une satisfaction des relations amicales vécues (Headay & Wearing, 1989 ; Salovey et al., 2000). On peut supposer que les personnes à haute affectivité positive (fortes, enthousiastes, déterminées, actives, etc.) bénéficient plus de soutien réel (et donc indirectement perçu) que celles à faible affectivité positive. En effet, il est peut-être plus aisé pour l'entourage d'apporter son soutien à des personnes qui ont déjà des ressources personnelles et qui seront alors plus sensibles et réceptives au soutien, qu'à d'autres disposant de moins de ressources internes. On peut aussi imaginer qu'à soutien réel égal, l'affectivité positive, qui rend compte d'une personnalité intéressée, attentive, stimulée, etc., permet de plus apprécier le soutien reçu et d'en actualiser les effets potentiels, ce qui expliquerait une perception plus forte de soutien par rapport à des personnes en recevant tout autant, mais ayant moins les ressources personnelles pour en tirer profit pareillement. La recherche expérimentale d'Hofmann (2007) révélant que l'affectivité positive permet une plus

grande potentialisation cérébrale des effets bénéfiques d'une vidéo humoristique, conforte notre hypothèse sur le fait que l'affectivité positive favorise l'actualisation des ressources disponibles dans l'entourage, et notamment du soutien social perçu.

En ce qui concerne l'optimisme, comme cela a déjà été mis en évidence par d'autres auteurs pour le coping de substances (Scheier et al., 1994) et pour d'autres copings d'évitement (Bellizzi et Blank, 2006 ; Carver et al., 1993 ; Scheier et al., 1994 ; Schou et al., 2005), nous avons trouvé que, en diminuant le coping de substances, l'optimisme a, en plus de son effet direct, un effet indirect bénéfique sur la qualité de vie mentale. Enfin, parmi les variables transactionnelles incluses dans notre modèle, seul le stress perçu au diagnostic ne joue pas de rôle médiateur. Bien que dans le cas du cancer du sein, certains chercheurs aient trouvé une médiation du stress entre l'anxiété-trait et la qualité de vie générale (Cousson-Gélie, 2000), ou entre l'optimisme et la qualité de vie émotionnelle et sociale (Schou et al., 2005), nous n'avons pu établir de lien entre personnalité et stress perçu. Il est vrai que l'optimisme avait tendance à diminuer le stress perçu, mais cet effet n'étant pas significatif, nous ne l'avons pas retenu privilégiant la parcimonie du modèle. Notre analyse qualitative aide à l'explication de la variance du stress perçu. La classe thématique, révélée par Alceste, de "l'entourage" comme facteur ressource autant que comme facteur de stress, rend compte de l'importance de l'histoire personnelle des femmes vis-à-vis du cancer dans la perception qu'elles ont de leur propre cancer au moment du diagnostic. En particulier, pour certaines femmes qui ont vu des proches, notamment de la famille, mourir du cancer, le stress perçu est logiquement fort et le cancer automatiquement associé à la mort. Pour revenir aux effets médiateurs, la gêne perçue des séquelles médiatise aussi l'effet de trois variables. Tout d'abord, rappelons que les séquelles, bien que majoritairement physiques dans le cas du cancer du sein, diminuent la qualité de vie mentale. Ainsi, en augmentant la perception de séquelles, la chimiothérapie et le stress perçu diminuent la qualité de vie mentale. Inversement, en diminuant la gêne ressentie, le soutien social contribue à une meilleure qualité de vie.

Enfin, nous avons voulu voir si la prédiction de la qualité de vie mentale à long terme d'un cancer du sein était semblable, ou non, à la prédiction de la qualité de vie mentale à long terme d'un événement particulièrement difficile et douloureux chez des femmes n'ayant jamais eu le cancer. Autrement dit, nous avons testé un effet modérateur potentiel de l'événement stressant de référence (cancer versus tout autre événement) sur la prédiction de la qualité de vie. Pour ce faire, nous avons d'abord réduit notre modèle en éliminant certaines

variables (notamment celles non adaptées à la population contrôle) afin d'assurer une certaine validité statistique compte tenu de la taille de notre échantillon contrôle de 132 sujets. Mentionnons d'abord que dans le cas du cancer du sein, notre modèle réduit explique 48% de la variance de la qualité de vie mentale, contre 25% seulement dans le cas de divers événements, et que cette différence est significative. Le modèle intégratif de référence semble donc plus apte à prédire la qualité de vie mentale après le cancer qu'après d'autres événements. En particulier, on note deux différences significatives selon les groupes. Le soutien social diminue la gêne des séquelles dans le cas du cancer, mais non dans le cas d'autres événements. De plus, si l'affectivité négative est toujours délétère sur la qualité de vie mentale, elle l'est plus dans le cas du cancer que dans les autres cas. Il est curieux de constater que le soutien perçu a plus d'effet sur les séquelles cancéreuses, plutôt physiques, que sur les séquelles laissées par d'autres événements, plutôt psychologiques. Les séquelles psychologiques seraient donc plus robustes au soutien social perçu que les séquelles laissées par le cancer.

1.1.3. Prédiction de la qualité de vie physique

1.1.3.1. Les antécédents

Au niveau de la personnalité, seule l'internalité prédit la qualité de vie physique dans notre modèle. Son effet sur la VD est positif. Cet effet avait déjà été trouvé dans divers populations, cancéreuses ou en bonne santé (Brosschot et al., 1994 ; Ell et al., 1989 ; Tomich & Helgeson, 2002). Notre étude qualitative (étude 2 de la thèse) révèle aussi que l'internalité est la variable la plus associée à la classe des ruptures/continuités, essentiellement physiques. Notons que dans notre modèle en équations structurales, l'effet de l'internalité est direct et non médiatisé par la gêne des séquelles. Contrairement à des recherches ne concernant pas les personnes cancéreuses, (Brennen et al., 2006 ; Casten et al., 1997 ; Denollet & Vries, 2006 ; Salovey et al., 2000 ; Watson & Pennebaker, 1989), nous n'avons pas trouvé d'effets directs de l'affectivité négative sur la qualité de vie physique après le cancer du sein. De même, les recherches prouvant un lien entre affectivité positive et issues physiques ne concernent pas le contexte cancéreux (Cohen & Pressman, 2006 ; Marsland et al., 2006 ; Salovey et al., 2000). Il est donc possible que l'affectivité perde son impact sur la qualité de vie physique dans le cas d'une maladie grave comme le cancer, qui implique des variables médicales sans doute bien plus prédictives des issues physiques que l'affectivité. Néanmoins, pour vérifier cette hypothèse, encore faudrait-il disposer d'études sur le cancer incluant ces variables de

personnalité. Au niveau des antécédents sociodémographiques, conformément à la littérature, l'âge diminue la qualité de vie physique (Cimprich et al., 2002 ; Fehlauer et al., 2005 ; Ganz et al., 1998 ; Golden-Kreutz et al. 2005 ; Le Corroller et al., 2008a ; Stein et al., 2008 ; Tomich & Helgeson, 2002), tandis que l'aisance financière perçue l'augmente (Efklides et al., 2003 ; Le Corroller-Soriano et al., 2008a). Au niveau médical, la chimiothérapie a toujours un effet indirect négatif médiatisé par la gêne des séquelles, mais pas d'effet direct sur l'issue. Une tumeur au stade III, par rapport à une tumeur aux stades I ou II, montre aussi un effet nocif sur la qualité de vie physique. Bien que ce résultat paraisse plausible, il faut néanmoins le prendre avec précaution compte tenu du fait que moins de 10% de notre échantillon était dans ce cas de figure, et que malgré des codages différents du nôtre pour cette variable, d'autres recherches n'ont pas pu établir ce lien (Bloom et al., 2004 ; Casso et al., 2004 ; Carver et al., 2006 ; Grassi & Rosti, 1996).

1.1.3.2. Les transactions

Au niveau du coping, parmi les sept facteurs de copings, seul le facteur de coping religieux a été retenu dans notre modèle pour son effet sur la qualité de vie physique. Comme dans le cas de la qualité de vie mentale, le coping au diagnostic (ou du moins son souvenir) ne semble pas pas un facteur déterminant de la qualité de vie physique ultérieure. Nous avons trouvé un effet négatif du coping religieux sur la qualité de vie physique. Il paraît peu probable que le coping religieux soit la cause d'une diminution de la qualité de vie physique. Il nous semble plutôt que cette forme cognitive de coping reflèterait des difficultés physiques sur lesquelles les femmes auraient peu de contrôle, et qu'elles affronteraient donc de façon cognitive par la spiritualité ou la religion. Le fait que la chimiothérapie prédise le coping religieux va d'ailleurs dans le sens de notre hypothèse. Si cette hypothèse est juste, lors du cancer du sein, le coping religieux traduirait une incapacité du sujet, dépendante ou non de sa volonté, à faire face efficacement aux problèmes rencontrés et donc à les résoudre, ce qui expliquerait l'association négative entre coping religieux et qualité de vie physique ultérieure. L'association négative trouvée au diagnostic d'un cancer sein entre coping cognitif et qualité de vie physique (McCaul et al., 1999) soutient cette hypothèse.

Contrairement au modèle de prédiction de la qualité de vie mentale, nous n'avons pas trouvé ici d'effet direct du soutien sur la qualité de vie physique, mais toujours un effet indirect médiatisé par une moindre gêne des séquelles. De même, le stress perçu impacte la qualité de vie physique, mais seulement indirectement par la médiation des séquelles.

Précisions aussi que l'inclusion dans notre modèle de la variable "tumeur au stade III" semble expliquer quelque peu le stress perçu, bien qu'il faille prendre ce résultat avec précaution, toujours du fait de la faible proportion de tumeurs au stade III dans notre échantillon. De même, le soutien social diminue quelque peu le stress perçu au diagnostic.

1.1.3.3. Effets médiateurs et modérateurs

Dans notre modèle de prédiction, la qualité de vie physique est surtout prédite par des effets directs, et à l'exception du coping religieux qui médie la relation de la chimiothérapie à la VD, les autres variables transactionnelles sont d'abord des médiateurs des antécédents sur la gêne laissée par les séquelles, puis par ricochet seulement sur la qualité de vie physique. La gêne laissée par les séquelles est aussi un médiateur de l'effet de l'aisance financière sur la qualité de vie. Ainsi, si le ressenti financier augmente directement la qualité de vie physique, il l'augmente aussi indirectement en diminuant la gêne perçue des séquelles. Rappelons que les séquelles ont un effet direct délétère important sur la qualité de vie physique. Cela confirme nos résultats descriptifs sur la nature des séquelles post-cancéreuses, surtout physiques, liées notamment à des douleurs et des problèmes fonctionnels au niveau du bras et/ou de l'épaule du côté opéré.

Enfin, nous avons aussi testé l'effet modérateur éventuel de l'événement de référence (cancer versus tout autre événement difficile) sur la prédiction de la qualité de vie physique. Tout d'abord, la prédiction de la qualité de vie physique est significativement meilleure après le cancer qu'après divers événements. Ensuite, l'événement de référence modère surtout l'effet de l'âge sur les séquelles ainsi que sur la qualité de vie physique. Dans le cas du cancer, l'âge diminue la perception de séquelles tandis que dans le cas d'autres événements, l'âge accentue les séquelles. Il faut se rappeler que la nature des séquelles est différente d'un groupe à l'autre, plutôt physiques dans le cas du cancer, plutôt psychologiques pour le groupe contrôle. Dans le cas du cancer du sein, on sait que les femmes perçoivent moins de séquelles du cancer avec l'âge, ayant du mal à les identifier comme séquelles du cancer, à cause de la présence de comorbidités liées au vieillissement (Foley et al., 2006 ; Robb et al., 2007 ; Schroevers et al., 2006). Dans le cas d'autres événements, il semblerait que les séquelles psychologiques soient plus difficiles à gérer avec l'âge. Les conséquences psychologiques des deuils, des problèmes familiaux ou des problèmes de santé de proches seraient donc plus difficilement ressenties par les femmes les plus âgées. Inversement, l'âge est délétère pour la qualité de vie physique uniquement dans le cas du cancer du sein. Ainsi, comme beaucoup d'autres recherches

(Cimprich et al., 2002 ; Fehlauer et al., 2005 ; Helgeson et al., 2004 ; Stein et al., 2008 ; Tomich & Helgeson, 2002), nous confirmons que le cancer et ses traitements accentuent l'effet de l'âge sur la qualité de vie physique, même à des années de la maladie, ce qui explique une plus grande prédiction de la qualité de vie physique dans le groupe cancer que dans le groupe contrôle.

1.1.4. Conclusion sur la prédiction de la qualité de vie

Nos résultats montrent que les antécédents et transactions lors de la maladie permettent une prédiction correcte de la qualité de vie, surtout mentale. Le modèle transactionnel de Bruchon-Schweitzer (2002) s'avère donc pertinent dans ce contexte et permet de mettre en évidence des facteurs de risque ou protecteurs pour la qualité de vie ultérieure. La personnalité optimiste et positive, ainsi que le soutien social perçu, sont les facteurs les plus protecteurs, auxquels les professionnels de la santé devraient porter une attention particulière afin de s'assurer que les femmes atteintes du cancer aient suffisamment de ressources pour gérer au mieux la maladie. Inversement, l'affectivité négative, la chimiothérapie, le stress perçu, un coping actif ou religieux, annoncent une diminution de la qualité de vie à long terme. Nos résultats sur l'impact négatif du coping actif sur la qualité de vie mentale et du coping religieux sur la qualité de vie physique, sont peut-être les moins intuitifs et mettent en exergue l'effet complexe du coping sur la qualité de vie ou d'autres critères, ainsi que les problèmes posés par son évaluation. Les questionnaires de coping ne prennent pas en compte la nature exact du problème auquel les sujets essaient de faire face, ni l'efficacité des stratégies employées. Une situation comme le cancer du sein comportent à la fois des aspects contrôlables (organisation logistique lors des traitements, recherche d'informations sur les traitements, etc.) et incontrôlables (évolution de la maladie, réactions aux traitements, etc.) et certaines stratégies peuvent être efficaces pour une dimension de la situation, mais non pour une autre. De même, le caractère salutogène du coping varie aussi en fonction du critère cible. Par exemple, nous avons trouvé un effet délétère du coping actif sur la qualité de vie mentale mais non sur la qualité de vie physique, et inversement pour le coping religieux qui peut d'ailleurs avoir un effet bénéfique sur le bien-être (Ell et al., 1989 ; Halstead & Fernsler, 1994). De plus, notre examen attentif de la littérature sur le coping révèle que les recherches confirmant le caractère habituellement salutogène ou délétère de certains copings ne contrôlent pas l'optimisme et/ou les facteurs de stress, à l'inverse des recherches, comme la nôtre, qui constatent des résultats, a priori, contre intuitifs sur le coping.

En résumé, nous prônons quatre recommandations pour l'évaluation du coping. Elle devrait se faire : 1. avec contrôle de la personnalité et des facteurs de stress, 2. au regard de la nature du problème précis auquel le sujet fait face, et non au regard d'une situation en général, 3. au regard de la nature du critère à prédire, 4. avec l'évaluation de l'efficacité perçue ou réelle de la stratégie utilisée.

1.1.5. L'essentiel à retenir

La qualité de vie à long terme d'un cancer du sein est satisfaisante et équivalente à celle d'une population contrôle. Néanmoins, de nombreuses séquelles, surtout physiques, sont présentes et impactent négativement la qualité de vie, même à des années du diagnostic. La qualité de vie mentale dépend surtout de la personnalité et des transactions jouées lors de la maladie, tandis que la qualité de vie physique est surtout déterminée par des variables sociodémographiques et médicales. Quelle que soit la dimension prise en compte de la qualité de vie, les séquelles ont toujours un impact négatif sur l'issue à prédire. En comparaison avec une population contrôle de femmes faisant référence à un événement de vie difficile, le soutien social a plus d'effets bénéfiques chez les femmes ayant eu le cancer, qui pâtissent en revanche plus de l'effet délétère de l'affectivité négative sur leur qualité de vie mentale et de l'effet de l'âge sur leur qualité de vie physique.

1.2. Le développement post-traumatique

Tout d'abord, on fera un bref rappel des dimensions du développement post-traumatique dans notre échantillon. On évoquera ensuite les résultats descriptifs sur la quantité et la qualité du développement post-traumatique à long terme du cancer, avant de s'intéresser à la prédiction de cette issue. Pour finir, nous aborderons la question du lien entre développement et qualité de vie.

1.2.1. Dimensions du développement post-traumatique après le cancer du sein

Il n'existe actuellement aucune échelle de développement post-traumatique en langue française. Nous avons donc traduit le PTGI de Tedeschi et Calhoun (1996). L'analyse confirmatoire de cette traduction n'a pas permis de retrouver les cinq facteurs de la version originale américaine. Suite aux résultats d'une analyse factorielle exploratoire et à une

réflexion théorique, nous avons finalement conçu une version plus réduite en deux facteurs de premier ordre -un facteur de développement relationnel et un autre de développement personnel- puis un facteur général de second ordre. L'analyse confirmatoire de ce modèle montre un ajustement correct aux données qui suggère un modèle plausible de développement post-traumatique après un cancer du sein. Cette structure rappelle celle trouvée par Ho et al. (2004) sur des sujets chinois cancéreux évalués à plus de cinq ans du diagnostic d'un cancer, et rejoint les recherches attestant d'une conception multidimensionnelle du développement post-traumatique dans divers contextes (Améli et al., 2001 ; Ho et al., 2004 ; Lehman et al., 1993 ; McFarland & Alvaro, 2000 ; Tedeschi & Calhoun, 1996 ; Tomich et Helgeson, 2002). De plus, on peut mettre en parallèle la structure trouvée ici avec les résultats de l'analyse Alceste où la classe de l'entourage est la plus étroitement liée à celle du développement post-traumatique, rendant compte de la dimension relationnelle importante dans le PTG.

1.2.2. Le développement post-traumatique à long terme du cancer du sein

Parmi les cinq dimensions de développement du PTGI, à l'exception de celle liée à la spiritualité, les femmes de notre échantillon vivent encore aujourd'hui, c'est-à-dire 5 à 15 ans de leur cancer, toutes les facettes du développement de "un peu" à "totalement". En comparant nos résultats au PTGI à ceux d'études à court terme (≤ 5 ans ; Belizzi & Blank, 2006 ; Cordova et al., 2001 ; Sears et al., 2003 ; Weiss, 2002, 2004), ainsi qu'aux résultats d'une étude à 10 ans du diagnostic (Mols et al., 2009), selon les dimensions considérées, nous trouvons soit significativement plus développement, soit tout autant, mais jamais moins sauf pour l'appréciation de la vie et la spiritualité significativement plus élevées à court terme que dans notre échantillon. Finalement, à long terme du cancer du sein, les femmes déclarent bien un développement post-traumatique. La comparaison avec d'autres études tend à montrer une certaine rémanence des changements positifs vécus du fait du cancer, ce qui se confirme par l'absence de corrélation dans notre échantillon entre le temps passé depuis le diagnostic (5 à 15 ans) et le développement, quelle que soit la dimension considérée.

De plus, le développement post-traumatique paraît aussi dans les entretiens semi-directifs réalisés, soit en réponse à la question large sur les changements provoqués par le cancer, soit même parfois spontanément lors du récit de l'expérience cancéreuse pendant le diagnostic et les traitements. Ganz et al. (1998) interrogeant des femmes sur leur qualité de vie après le cancer, avaient aussi constaté des récits spontanés de changements positifs provoqués par la maladie. Concordantes avec les résultats précédents, les données qualitatives

mettent surtout en exergue une plus grande appréciation de la vie, qui prend une tout autre valeur après la maladie, notamment pour les femmes qui ont cru à un moment qu'elles pourraient mourir de leur cancer. Une plus grande confiance en soi et une nouvelle vision des autres, souvent plus positive qu'avant la maladie et plus empathique aussi, sont également mis en avant dans le discours des femmes écoutées. Les dimensions des nouvelles opportunités et de la spiritualité ressortent moins dans l'analyse Alceste. Si quantitativement ces changements sont moins rapportés, qualitativement, ils sont pourtant forts chez certaines femmes. Il faut noter que les changements positifs évoqués lors des entretiens s'accompagnent souvent d'aspects négatifs rapportés, soit par le souvenir d'une période vraiment difficile, soit par le constat de séquelles ou fragilités laissées par le cancer, le plus souvent physiques, mais aussi parfois financières ou psychologiques.

Toutes ces données sont autant de preuves de la perception de changements positifs suite au cancer malgré les séquelles également relatées. Pour un tiers des femmes de notre échantillon, le cancer est même perçu comme un événement ayant été essentiellement positif, ce qui correspond aux pourcentages trouvés par d'autres chercheurs (Allen et al., 2008 ; Tomich et al., 2005). La comparaison du développement post-traumatique au PTGI et des changements positifs vécus évalués sur une échelle visuelle analogique, ne montre aucune différence significative entre le groupe cancer et un groupe contrôle de femmes du même âge faisant référence à l'événement le plus difficile et douloureux pour elles, vécu dans les quinze dernières années de leur vie. Seule la dimension spirituelle au PTGI est plus élevée dans le groupe contrôle, résultat que nous prenons avec précaution compte tenu du recrutement de ces femmes en partie via une association catholique et qui montrent d'ailleurs un coping religieux significativement plus élevé aussi. Ainsi, si à court terme les femmes perçoivent plus de développement post-traumatique après un cancer qu'après divers événements douloureux (Cordova et al., 2001 ; Tomich et al., 2005), dans la lignée de Schroevers et al. (2006), nous ne confirmons pas ce constat à long terme. En revanche, toujours à long terme, les femmes ayant eu le cancer déclarent significativement moins de changements négatifs en rapport avec le cancer, que les femmes de la population contrôle en rapport avec leur événement de référence. Comparé à d'autres événements de vie aversifs, à long terme, le cancer du sein serait donc moins délétère et tout autant source de développement.

Les modèles de prédiction du développement personnel, relationnel et général sont assez similaires malgré quelques différences. Nous proposons donc d'examiner attentivement le modèle du développement personnel pour avancer ensuite plus vite sur les deux autres.

1.2.3. Prédiction du développement post-traumatique personnel

1.2.3.1. Les antécédents

Parmi les antécédents retenus, c'est-à-dire l'affectivité positive et négative, l'optimisme, la chimiothérapie, l'activité professionnelle au diagnostic (active versus non active), et l'âge au diagnostic, seule l'affectivité positive a un effet direct, positif, sur le développement personnel. Le lien entre affectivité positive et développement post-traumatique a été peu étudié et même les auteurs du concept du PTG commencent seulement à s'y intéresser (Calhoun & Tedechi, 2006). C'est d'ailleurs sous la recommandation de l'un d'entre eux que nous avons introduit cette variable dans notre recherche (L. Calhoun, personal communication, April 27, 2007). Si une corrélation positive a déjà été établie entre ces deux variables après un accident de voiture (Rabe et al., 2006) et dans polyarthrite chronique (Abraido-Lanza et al., 1998), notre recherche confirme ces données sur le développement à long terme du cancer. Contrairement à d'autres, nous n'avons pas trouvé de lien direct entre optimisme et développement (Carver et al., 2006 ; Lechner et al., 2006), ni entre âge et développement, pourtant souvent inversement liés (Bellizzi, 2004 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Lechner et al., 2003 ; Porter et al., 2006 ; Widows et al., 2005).

1.2.3.2. Les transactions

Dans la lignée d'autres travaux sur le cancer du sein (Bellizzi et Blank, 2006 ; Karanci & Erkam, 2007 ; Lechner et al., 2006 ; Porter et al., 2006 ; Urcuyo et al., 2005 ; Sears et al., 2003), nous avons observé un effet fort et direct de la quantité de coping adaptatif[8] sur le développement personnel. Ce résultat illustre parfaitement la nature du développement qui, selon Tedeschi & Calhoun (2004), tient sa source d'une confrontation active d'une personne à un événement défiant hautement ses ressources. Selon les auteurs du concept, il n'y a donc pas de développement sans lutte (*struggle*, sic) contre des difficultés difficiles à surmonter. Le fait que la quantité de coping (à l'exception du blâme et de l'usage de substances) prédise le développement, montre bien que c'est cette lutte pour faire face, qu'elle qu'en soit sa nature (cognitive ou comportementale, d'approche ou d'évitement), qui est à l'origine du développement. Nous avons aussi trouvé un effet direct curvilinéaire du stress perçu sur l'issue. Jusqu'à un certain seuil (dans notre cas de 11/20), le stress perçu au diagnostic, ou du moins son rappel, annonce le développement, tandis qu'au-delà de cette limite, le stress

[8] Qui, pour rappel, comprend le coping relationnel, actif, positif, religieux, de déni, mais exclut l'usage de substances et le blâme.

devient contre productif quant à cette issue. De même, nous avons trouvé que la présence de séquelles assez gênantes favorise le développement, tandis que les séquelles très gênantes sont un frein à cette issue. Tous ces résultats rejoignent ceux de Lechner et al. (2003) qui avaient trouvé le même lien curvilinéaire entre stade du cancer (I, II, III ou IV) et développement. Tout facteur de stress semble donc catalyseur de développement, mais seulement jusqu'à un certain seuil. Enfin, conformément à plusieurs travaux (Sears et al., 2003 ; Widows et al., 2005), nous n'avons pas trouvé d'effet direct du soutien émotionnel perçu sur le développement personnel. Nous avons seulement trouvé que le soutien émotionnel avait tendance ($p = 0.072$) à prédire indirectement le développement personnel par la médiatisation du coping adaptatif.

1.2.3.3. Effets médiateurs et modérateurs

A l'exception de l'âge, le coping adaptatif est un médiateur de l'effet de toutes les variables incluses dans le modèle sur le développement personnel. Ainsi, en augmentant le coping, la chimiothérapie, l'optimisme, l'affectivité positive, l'affectivité négative, l'activité professionnelle, le soutien émotionnel et le stress perçu jusqu'à un certain seuil, sont des catalyseurs indirects du développement personnel. Ce qu'il faut noter, c'est que le coping adaptatif est tout autant le fruit de ressources (optimisme, affectivité positive, activité professionnelle, soutien émotionnel), que de facteurs de stress (chimiothérapie, affectivité négative, stress perçu mais seulement jusqu'à un certain seuil). En effet, par définition, le coping désigne les efforts cognitifs et/ou comportementaux que l'individu met en place pour faire face à des menaces perçues et/ou réelles (Lazarus & Folkman, 1984). Il n'y a donc pas de coping sans facteurs de stress, perçus ou réels. Mais pour que ce coping soit adaptatif, il faut aussi que l'individu puisse disposer de ressources suffisantes par rapport aux facteurs de stress. C'est pourquoi le stress perçu prédit le coping adaptatif, mais seulement jusqu'à un certain seuil (ici de 14/20), et en association avec des ressources.

Nous avons aussi testé l'effet modérateur potentiel de l'événement de référence (cancer du sein versus tout autre événement) sur la prédiction du développement relationnel. On ne note qu'une seule spécificité liée à l'événement. Dans le cas du cancer, le soutien émotionnel a tendance à diminuer le stress perçu au diagnostic, tandis que dans le cas de divers événements, le soutien émotionnel n'a aucun effet sur le stress perçu lors de l'événement. Ce résultat rappelle celui déjà décrit à propos de la qualité de vie, où l'on notait que le soutien

total diminue les séquelles ressenties dans le groupe cancer mais non dans le groupe contrôle. Globalement, on peut malgré tout considérer une certaine équivalence dans la prédiction du développement post-traumatique, quel que soit l'événement de référence. D'ailleurs, dans les deux groupes, le pourcentage de variance expliquée est similaire.

1.2.4. Prédiction du développement relationnel

Le modèle de prédiction du développement relationnel est assez semblable à celui du développement personnel et c'est pourquoi, plutôt que de le décrire en totalité, nous allons nous concentrer sur ses spécificités.

Quatre points clefs sont à noter. Contrairement au développement personnel, la dimension relationnelle n'est plus prédite directement par l'affectivité positive, le stress perçu, les séquelles assez gênantes, mais dépend en revanche fortement du soutien émotionnel reçu, ce qui n'était pas le cas pour le facteur personnel de développement. En ce qui concerne l'affectivité positive, Rabe et al. (2006) avaient également trouvé des corrélations entre ce trait de personnalité et le développement post-traumatique suite à un accident de voiture, mais uniquement sur les dimensions des nouvelles possibilités et d'une nouvelle force personnelle, ainsi que sur le score général de développement au PTGI, ce qui correspond à nos résultats. Le développement relationnel, c'est-à-dire le fait d'avoir un regard beaucoup plus positif sur les autres, n'est donc pas directement le fruit d'une personnalité positive, mais bien d'un soutien émotionnel perçu qui a permis à certaines femmes de découvrir leur entourage sous un nouvel angle, celui d'une disponibilité, d'un soutien et d'une empathie auxquels elles ne s'attendaient peut-être pas autant. De plus, les facteurs de stress (stress perçu et séquelles) n'ont plus d'effet positif sur le développement relationnel, tandis que les séquelles très gênantes restent un frein à cette issue.

A côté de ces différences majeures, l'âge et l'activité professionnelle ont aussi un effet direct, modeste et positif, sur le développement relationnel, ce qui n'était pas le cas pour la dimension relationnelle.

Enfin, à l'exception de l'effet déjà mentionné du soutien sur le stress perçu, le modèle de prédiction du développement relationnel est équivalent après le cancer ou après d'autres événements stressants et douloureux.

Finalement, si le coping adaptatif est un facteur clef du développement quel qu'il soit, on constate cependant deux voies de développement, relativement indépendantes l'une de

l'autre : celle du développement personnel avant tout dépendant de facteurs personnels et celle du développement relationnel, dépendant avant tout du soutien émotionnel.

1.2.5. Prédiction du développement général

Le développement général étant l'addition du développement personnel et relationnel, son modèle de prédiction allie des aspects des deux modèles précédents. Ce facteur général est prédit directement par trois variables, le coping adaptatif dont l'effet est fort et, dans une moindre mesure, le soutien émotionnel perçu ainsi que l'affectivité positive. Le coping adaptatif et le soutien émotionnel restent médiateurs de l'effet des autres variables sur l'issue.

1.2.6. Le développement post-traumatique est-il lié à la qualité de vie?

Conformément à d'autres auteurs (Mols et al., 2009 ; Pinquart et al., 2007), nous avons uniquement trouvé une corrélation positive entre le développement et des issues positives : émotions positives, version état de la QLACS, sentiment de bonheur sur une échelle visuelle analogique, vitalité au SF-36. Malgré ces corrélations, le développement n'est quasiment pas corrélé à d'autres dimensions de la qualité de vie, comme cela a souvent été décrit dans la littérature (Avis et al., 2005 ; Helgeson et al., 2006 ; Tomich & Helgeson, 2006). Le développement post-traumatique est un champ de recherche récent en psychologie et la question du lien entre développement et divers critères d'ajustement reste non élucidée. Cette interrogation renvoie à la nature, réelle ou illusoire, et à la fonction du développement post-traumatique. Plusieurs pistes ont été proposées par divers auteurs, qu'il nous semblerait intéressant de tester sur nos données, afin de compléter nos premiers résultats. Par exemple, on pourrait examiner un lien curvilinéaire entre développement et qualité de vie (Lechner et al., 2006). En s'inspirant de Morrill et al. (2008), qui trouvaient un effet tampon du développement sur le lien entre syndrome de stress post-traumatique et dépression, on pourrait aussi tester un effet tampon modérateur du développement sur la nocivité des séquelles sur la qualité de vie. Enfin, l'effet fonctionnel éventuel du développement post-traumatique sur la qualité de vie interagit peut-être aussi avec la quantité et la qualité des séquelles et/ou changements négatifs rapportés. Si Taylor et al. (1991) ont montré qu'en présence de peu de changements négatifs, le développement post-traumatique serait plutôt illusoire et non fonctionnel, dans la lignée des recherches qui soutiennent que le développement est une forme de coping contre l'adversité (e.g. McFarland & Alvaro, 2000 ;

Schwarzer et al., 2006), on pourrait penser que cela puisse être le cas en coexistence avec trop de changements négatifs.

De plus, nous estimons qu'il faudrait examiner la question du lien entre développement et qualité de vie au regard de l'efficacité réelle du coping. En effet, nous avons montré que le coping adaptatif prédisait le développement. Conformément à la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957), il est possible que les femmes déclarant beaucoup de coping déclarent aussi beaucoup de développement, même en cas de coping inefficace et donc sans développement réel. Il paraît plus confortable psychologiquement et plus consonnant cognitivement d'observer une congruence entre les efforts déclarés (coping) et les résultats attendus (développement), même si les résultats escomptés n'ont pu arriver. Le développement déclaré est donc peut-être seulement illusoire, visant à maintenir une consonance cognitive entre coping et développement. Si tel est le cas, le développement est seulement déclaré, mais non réel et son effet devrait donc être nul sur la qualité de vie, voire négatif, car dans ce cas, le développement déclaré (mais non réel) refléterait l'échec du coping, c'est-à-dire le maintien des éléments menaçant de submerger l'individu. L'association négative entre développement et divers critères d'ajustement a d'ailleurs déjà été trouvée dans certaines recherches (Helgeson et al., 2004 ; Tomich & Helgeson, 2004), dont la nôtre, où le développement spirituel s'accompagne de douleurs et de limitations physiques. Si la question du lien entre développement et qualité de vie reste complexe, la prise en compte du coping dans ce problème pourrait en tout cas être une nouvelle piste de réflexion. A l'instar d'autres auteurs (Helgeson et al., 2006 ; Lehman et al., 1993 ; Sumalla et al., 2009), rappelons que le développement post-traumatique, aussi positif soit-il, tient son origine et son maintien d'une expérience traumatique et de son souvenir, ce qui pourrait expliquer en partie sa faible corrélation positive avec la qualité de vie. En outre, si dans la littérature, la relation de causalité du développement vers la qualité de vie est implicite, il se pourrait pourtant que la qualité de vie actuelle influence le souvenir de l'événement ainsi que les déclarations de développement post-traumatique.

1.2.7. L'essentiel à retenir

Le développement post-traumatique est déclaré par les femmes à long terme d'un diagnostic du cancer, quantitativement comme qualitativement lors d'entretiens. Dans les deux cas, les changements les plus rapportés concernent une plus grande appréciation de la vie, un sentiment de force personnelle et un nouveau regard sur les autres. A l'inverse, le

développement religieux/spirituel semble peu vécu. Nos analyses factorielles n'ont pas permis de retrouver les cinq dimensions originales du PTGI, mais ont abouti à une structure en deux facteurs de développement de premier ordre, l'un personnel et l'autre relationnel, et en un facteur général de second ordre. Le modèle transactionnel s'avère pertinent pour la prédiction du développement post-traumatique à long terme du cancer. Le coping adaptatif en est la variable clef. Son effet sur l'issue est fort et il médiatise l'effet de quasiment tous les antécédents et toutes les transactions. Plus que telle ou telle stratégie de coping, c'est l'agrégation de différentes façons de faire face qui prédit le développement, traduisant ainsi l'essence même de ce phénomène, résultant d'une lutte avec un événement difficile. La prévalence, la nature et la prédiction du développement post-traumatique semblent équivalentes dans le cas du cancer du sein comme dans le cas d'autres événements stressants et douloureux. Il n'y aurait donc pas de spécificité majeure du développement post-cancéreux.

Enfin, la question du lien entre développement et qualité de vie est un enjeu pour les recherches à venir. Pour notre part, nous avons constaté des corrélations positives et modestes entre développement et certaines issues positives, et pensons que la prise en compte de l'efficacité du coping permettrait sans doute de mieux comprendre la nature du développement et par conséquent son aspect fonctionnel ou non sur la qualité de vie mentale et physique.

2. Limites et perspectives

Ce travail comporte plusieurs limites et perspectives à souligner. Tout d'abord, nos résultats concernent uniquement des femmes atteintes de cancer du sein. Ils ne sont donc généralisables à d'autres cancers et à des populations masculines. Ensuite, certaines femmes ont refusé explicitement de répondre à l'étude et d'autres n'ont pas donné suite à nos sollicitations. Nous n'avons aucune donnée sur ces femmes dont le refus explicite ou implicite est peut-être précisément motivé par un vécu douloureux du cancer. La population contrôle de femmes n'ayant pas eu le cancer comporte aussi quelques limites. Elle ne compte pour le moment que 132 sujets et diffère de la population ayant eu le cancer sur plusieurs points (aisance financière, niveau d'éducation, activité professionnelle). Nous avons pour projet d'élargir cette population contrôle en continuant son recrutement par le bais d'étudiants en psychologie, afin de l'harmonier avec celle des femmes ayant eu le cancer et de pouvoir réaliser nos analyses multi-groupes avec les modèles orignaux et non réduits de prédiction de la qualité de vie et du développement post-traumatique.

Le caractère transversal de la recherche est aussi à prendre en compte. Il ne permet pas d'inférer des liens de causalité dans nos modèles de prédiction entre les variables transactionnelles et les issues. Ainsi, les liens que nous avons mis en évidence rendent compte des rapports entre le souvenir actuel des transactions jouées lors de la maladie et nos variables dépendantes. Même si des études longitudinales telles que celle de Lebel et al. (2008) confortent par exemple nos résultats sur le lien entre coping et qualité de vie, il n'en reste pas moins que dans notre recherche, nous n'avons pas évalué les transactions réellement opérées lors de la maladie, mais bien leur rappel. Néanmoins, cette limite est aussi un atout, du moins pour la prédiction du développement post-traumatique qui semble dépendre plus du rappel de la situation que de la situation elle-même (Widows et al., 2005).

Dans les aspects techniques, la variable de la "gêne des séquelles" était codée en 4 modalités : pas de séquelles, peu gênantes, assez gênantes, très gênantes. Si ce codage ne pose pas de problème lorsque la variable est utilisée comme variable indépendante, il est en revanche problématique pour une utilisation en tant que variable dépendante. En effet, on ne peut vérifier la normalité de la distribution avec un tel codage. Or, dans les modèles en équations structurales, comme dans toute régression, les variables dépendantes doivent être normalement distribuées. Si l'utilisation de l'estimation des paramètres par le maximum de vraisemblance pallie en partie cet inconvénient, il convient néanmoins de prendre nos résultats sur la prédiction des séquelles avec précaution. En outre, nos échelles n'ont pas été randomisées. Toutes les échelles ont toujours été passées dans le même ordre. Ainsi, il est possible que certaines réponses aient été contaminées par les précédentes.

Au niveau de l'exploitation de nos données, à l'exception de quelques sous-échelles prises en compte pour un usage purement descriptif, nous n'avons à ce jour, dans le cadre de cette thèse, pas exploité les données de la QLACS (Avis et al., 2005) non encore validée à l'époque de nos analyses. La validation française récente, montrant des résultats satisfaisants pour la plupart des sous-échelles (Guilleux et al., 2009), nous offre des perspectives de recherches intéressantes. En effet, la prise en compte de variables de qualité de vie spécifiques aux personnes ayant eu le cancer pourrait nous permettre d'affiner nos résultats sur la prédiction de la qualité de vie après le cancer.

Enfin, nous avons choisi comme modèle théorique de référence le modèle intégratif en psychologie de la santé de Bruchon-Schweitzer (2002) car il a l'avantage d'être applicable à diverses issues psychologiques et/ou physiques, ce qui nous a permis de l'utiliser pour la prédiction de la qualité de vie, comme du développement post-traumatique, avec des résultats tout à fait satisfaisants. Cependant, un modèle plus ciblé par rapport à la prédiction du

développement post-traumatique, permettrait peut-être de mieux comprendre la nature de ce phénomène. Le modèle de Calhoun et Tedeschi (2006, p. 8) sur cette question inclut par exemple les variables transactionnelles ultérieures à l'événement, tels que le processus cognitif de rumination de l'événement, le fait de révéler l'événement à soi ou aux autres (*self-disclosure*), c'est-à-dire la façon dont le sujet fait part de cet événement et lui donne un sens par son discours ou l'écriture de récits, la présence ou non de modèles de développement dans l'entourage, autant d'éléments encore peu étudiés et qui mériteraient attention pour les recherches futures.

3. Conclusion

Quand on a connaissance du fait qu'une femme sur huit sera confrontée dans sa vie au cancer du sein (Institut de Veille Sanitaire, 2008), et que 72% d'entre elles y survivront à plus de 10 ans (Istituto Superiore di Sanità, 2009), on comprend l'enjeu d'étudier la qualité de vie à long terme d'un tel cancer. Il s'agit d'un véritable phénomène de santé publique. De plus, à l'heure où le rapport Stiglitz sur la mesure des richesses, remis au Président de la République française le 14 septembre 2009, prône une mesure de la qualité de vie et des "*enquêtes pour comprendre comment les évolutions dans un domaine de la qualité de la vie affectent les autres domaines*", ainsi que des évaluations de "la "*soutenabilité" du bien-être, c'est-à-dire de sa capacité à se maintenir dans le temps*" (Baudet & Lauer, 2009), il paraît essentiel que la recherche en psychologie s'intéresse à ces questions. Si la qualité de vie et le bien-être sont d'ailleurs déjà au cœur des préoccupations américaines depuis plusieurs années, comme en atteste la bibliographie de cette thèse, américaine pour la majeure partie, la question est bien plus récente en France. En effet, il aura fallu attendre l'année 2009 pour que la qualité de vie devienne un des trois axes prioritaires de la recherche et de l'innovation françaises (Pécresse, 2009).

Notre recherche est d'ailleurs une des premières recherches françaises sur la qualité de vie à long terme d'un cancer du sein et se trouve bien au cœur de la question de la "soutenabilité" du bien-être après un événement de vie aussi difficile et perturbant que le cancer du sein pour une femme. De plus, notre travail a cette originalité d'étudier en parallèle de la qualité de vie le développement post-traumatique éventuel survenu du fait du cancer. La question de la nature et de la fonctionnalité des changements positifs perçus après un événement traumatique est loin d'être résolue. En considérant la qualité de vie et les

changements positifs, cette thèse pose la question de l'intégration générale du cancer dans la vie des femmes touchées par cette maladie. A l'heure où des milliers de personnes meurent encore du cancer, il n'est pas évident de s'intéresser aux changements positifs éventuels vécus du fait d'une telle maladie. Pourtant, en tant que voie d'ajustement, ou de non ajustement, l'intégration des changements positifs perçus après le cancer dans l'étude de la qualité de vie nous paraît pertinente. Comme nous l'avons vu, la nature de ce développement est complexe et nécessite, pour être appréhendée au mieux, de dépasser la contradiction inhérente à ce phénomène, qui peut tout autant être le marqueur d'un bon ajustement à la maladie, comme au contraire de difficultés à faire face. Si ce travail se situe dans le courant de la psychologie de la santé, voire de la psychologie positive, une des idées cardinales de cette thèse est bien de montrer l'ambivalence des processus en jeu dans le catabolisme psychologique du cancer. Ainsi, l'expression "développement post-traumatique" est aussi une oxymore et il convient de s'en souvenir pour ne pas glisser vers une vision manichéenne de l'ajustement à la maladie, peu réaliste et sans doute contre productive d'un point de vue clinique.

Notre recherche présente plusieurs atouts méthodologiques qui ont permis de rendre compte au mieux des phénomènes évoqués et de leur intrication. La comparaison de nos résultats avec ceux observés sur une population contrôle révèle des spécificités dans l'évaluation et la prédiction de la qualité de vie après divers événements de vie, telles qu'une qualité de vie sexuelle plus difficile après le cancer, une plus grande vulnérabilité à l'affectivité négative mais aussi un effet plus bénéfique du soutien social perçu chez les femmes ayant eu le cancer. Malgré ces spécificités, la qualité de vie et le développement post-traumatique sont comparables d'un groupe à l'autre et ce résultat tendrait à montrer que le cancer du sein n'est pas plus délétère que d'autres événements de vie. Pour autant, cela ne signifie pas qu'il faille en minimiser l'impact dans la vie d'une femme. D'ailleurs, parce que trop de personnes meurent encore du cancer, lors des entretiens, certaines ont eu une certaine pudeur à évoquer les séquelles laissées par le cancer ou à se plaindre des effets rémanents physiques et/ou psychologiques de cette maladie. Pourtant, à la fin des entretiens, quasiment toutes nous ont remercié de leur avoir laissé ce temps de parole, dévoilant un besoin de pouvoir s'exprimer ouvertement sur leur maladie. Ainsi, si leur pudeur à ne pas vouloir se plaindre est tout à leur honneur, c'est à nous, chercheurs, de ne pas laisser leur silence sans interprétation et de faire avancer la recherche sur leur qualité de vie, même à des années du diagnostic. Si le cancer reste encore une maladie mortelle pour beaucoup trop de personnes, cela ne nous semble pas une raison suffisante pour ne pas faire le maximum afin que tous les

"survivants" puissent bénéficier de la meilleure qualité de vie possible, à court comme à long terme. C'est dans cette optique que nous avons réalisé ce travail, à la fois avec le souci d'une rigueur méthodologique qui transparaît dans le côté peut-être parfois très technique, quantitatif et chiffré de cette thèse, toutefois indispensable à la validité des résultats avancés, et aussi dans le souci d'une vision humaniste de la psychologie de la santé qui, derrière ses modèles, a pourtant bien à cœur de comprendre quels sont les facteurs de risques et protecteurs de la qualité de vie des personnes en vue de son amélioration. C'est aussi pour cette dernière raison que, en laissant la parole aux femmes concernées et en s'intéressant à leur histoire singulière, la partie qualitative de cette thèse est importante. Car si l'aspect qualitatif ne permet guère une généralisation des résultats, il n'en demeure pas moins qu'un modèle en équations structurales, aussi valide soit-il, ne peut rendre compte de la subjectivité et de la particularité de chaque personne, également prédictives de la qualité de vie.

Bibliographie

Abbey, A., & Andrews, F. (1985). Modeling the Psychological determinants of life quality. *Social Indicators Research*, 16(1), 1-34.

Abraido-Lanza, A.F., Guier, C., & Colon, R.M. (1998). Psychological Thriving Among Latinas With Chronic Illness. *Journal of Social Issues*, 54(2), 405-424.

Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64(4), 899-922.

Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal Attribution, Perceived Benefits, and Morbidity After A Heart Attack: An 8-Year Study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 29-35.

Ahles, T., Saykin, A., Furstenberg, C., Cole, B., Mott., L.A., Titus-Ernstoff, L., Skalla, K., Bakitas, M., & Silberfarb, P.M. (2005). Quality of life of long-term survivors of breast cancer and lymphoma treated with standard-dose chemotherapy or local therapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23(19), 4399-4405.

Allen, J.D., Savadatti, S., & Levy, A.G. (2008). The transition from breast cancer "patient" to "survivor". *Psycho-Oncology*, 18(1), 71-78.

American Cancer Society (2008). *Breast cancer facts and figures*: *2007-2008*. Retrieved February 29, 2008, from http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: Author.

American Psychological Association (2003, June 1). *Ethical Principles of Psychologists and code of conduct. Ethical Standards. 8. Research and Publication*. Retrieved July 29, 2009, from http://www.apa.org/ethics/code2002.html#8

Amir, M. & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: A preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2), 91-206.

Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 20-32.

Arbuckle, J.L. (2007). *AMOS 16.0 user's guide*. Chicago, IL : SPSS Inc.

Armeli, S., Gunthert, K.C., & Cohen, L.H. (2001). Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: the dimensionality and antecedents of stress-related growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 366-395.

Ashing-Giwa, K., Ganz, P.A., & Petersen, L. (1999). Quality of life of African-American and white long-term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 85(2), 418-426.

Aspinwall, L.G., & MacNamara, A. (2005). Taking Positive Changes Seriously: Toward a Positive Psychology of Cancer Survivorship and Resilience. *Cancer*, 104 (11), 2549-2556.

Avis, N.E., Smith, K.W., McGraw, S., Smith, R.G., Petronis, W.M., & Carver, C.S. (2005). Assessing quality of life in adult cancer survivors (QLACS). *Quality of Life Research*, 14(4), 1007-1023.

Aviva, M.D. (1997). Personality and positive emotions. *European Journal of Personality*, 11(1), 33-56.

Aziz, N.M., & Rowland, J.H. (2002). Cancer survivorship research: challenge and opportunity. *The Journal of Nutrition*, 132(11): 3494S-3503S.

Bacher, F. (1999). L'utilisation des modèles dans l'analyse des structures de covariance. *L'année psychologique*, 99(1), 99-122.

Barakat, L.P., Alderfer, M.A., & Kazak, A.E. (2006). Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Cancer and Their Mothers and Fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 413-419.

Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychology Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51(6), 1173-1182.

Baudet, M.B., & Lauer, S. (2009, 15 Septembre). La France prône une nouvelle mesure des richesses. *Le Monde*, 20105, p.4.

Bellizzi, K.M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *International Journal of Aging and Human Development*, 58(4), 267-287.

Bellizzi, K.M., & Blank, T.O. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47-56.

Bettencourt, B.A., Talley, A.E., Molix, L., Schlegel, R., & Westgate, S.J. (2008). Rural and urban breast cancer patients: health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 17(9), 932-939.

Blanchard, C.G., Albrecht, T.L., Ruckdeschel, J.C., Grant, C.H., & Hemmick, R.M. (1995). The role of social support in adaptation to cancer and to survival. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13 (1-2): 75-95.

Blank, T.O., & Bellizzi, K.M. (2008). A Gerontologic Perspective on Cancer And Aging, *Cancer*, 112(11), 2569-2576.

Bloom, J.R. (2002). Surviving and thriving? *Psycho-oncology*, 11(2), 89-92.

Bloom, J.R., Stewart, S.L., Chang, S., & Banks, P.J. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 13(3), 147-160.

Bloom, R.J., Peterson, D.M., & Kang, S.H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer suvivors. *Psycho-Oncology*, 16(8), 691-706.

Bonnaud-Antignac, A. (2005). Compréhension de la douleur et de la souffrance en cancérologie du sein : approche freudienne. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26(2), 1-14.

Bonnaud, A., Chabrol, H., Doron, J., Lakdja, F., Swendsen, J.D., & Sztulman, H. (2000). Réactions cognitivo-émotionnelles à la douleur postopératoire dans le cadre du cancer du sein. *Annales Médico-Psychologiques*, 158, 549-557.

Bonnaud, A., Chabrol, H., Doron, J., Lakdja, F., Swendsen, J.D., & Sztulman, H. (2002). Réactions anxio-dépressives face au syndrome douloureux post-mastectomie. *Bulletin de Psychologie*, 55, 373-379.

Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., & Fahey, J.L (1998). Cognitive processing, discovery, of meaning, CD 4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 979-986.

Bower, J.E., Meyerowitz, B.E., Desmond, K.A., Bernaards, C.A., Rowland, J.H., & Ganz, P.A. (2005). Perceptions of Positive Meaning and Vulnerability Following Breast Cancer: Predictors and Outcomes Among Long-Term Breast Cancer Survivors. *Ann Behav Med*, 29(3), 236-245.

Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8(5): 417-428.

Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10(1), 1-18.

Brennan, D.S., Singh, K.A., Spencer, A.J., & Roberts-Thomson, K.F. (2006). Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 83. DOI:10.1186/1477-7525-4-83. Retrieved September, 10, 2008 from http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-4-83.pdf

Broeckel, J.A., Thors, C.L., Jocobsen, P.B., Small, M., & Cox, C.E. (2002). Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treatment*, 75(3): 241-248.

Brosschot, J.F., Winifred, A.G., & Godaert, G.L.R. (1994). Internal, powerful others and chance locus of control: relationships with personality, coping, stress and health. *Personality and Individual Differences*, 16(6), 839-852.

Bruchon-Schweitzer M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M., Munoz-Sastre, M.T., & Morin, M. (2000). Health Psychology: Objectives and Models. *European Review of Applied Psychology*, 50(3), 295-299.

Burgess, C., Morris, T., & Pettingale, K.W. (1988). Psychological response to cancer diagnosis- II. Evidence for coping style (Coping styles and cancer diagnosis). *Journal of Psychosomatic Research*, 32(3), 263-272.

Byrne, B.M. (2001).*Structural Equation Modeling With Amos. Basic Concepts, Applications and Programming*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Proposed Structural Equation Model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279-287.

Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeschi, R.G., & McMillan, J. (1998). Traumatic Events and Generational Differences in Assumptions About a Just World. *The Journal of Social Psychology*, 138(6), 789-791.

Calhoun, G.L., Cann, A., Tedeschi, R.G. & McMillan, J. (2000). A correlational test of relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527.

Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2006). The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. In L.G. Calhoun & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth* (chap. 1, pp. 3-23). NY: Lawrence Erlbaum Associates.

Calhoun, L.G,. & Tedeschi, R.G. (2004). The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102.

Carver, C.S. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief Cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

Carver, C.S. (1998). Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.

Carver, C.S., & Antoni, M.H. (2004). Finding Benefit in Breast Cancer during the Year after Diagnosis Predicts Better Adjustment 5 to 8 Years after Diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598.

Carver, C.S., Harris, S.D., Lehman, J.M., Durel, L.A., Antoni, M.H., Spencer, S.M., & Pozo-Kaderman, C. (2000). How Important Is the Perception of Personal Control? Studies of Early Stage Breast Cancer Patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(2), 139-149.

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2005). Optimism. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (chap. 18, pp. 231- 243). London: Oxford Univ. Press.

Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Carver, C.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S., & Derhagopian, R.P. (2005). Optimistic Personality and Psychosocial Well-Being during Treatment Predict Psychosocial Well-Being Among Long-Term Survivors of Breast Cancer. *Health Psychology*, 25(5), 508-516.

Carver, C.S., Smith, R.G., Petronis, V.M., & Antoni, M.H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology*, 15(9), 749-758.

Casten, R.J., Lawton, M.P., Winter, L., Kleban, M., & Sando, R.L. (1997). The relationships of health to affect assessed in both state and trait form: how does age impact the relationships? *Aging and Mental Health*, 1(3), 230-237.

Casso, D., Buist, D.S.M., & Taplin, S. (2004). Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 1-25.

Cayrou, S., & Dickes, P. (2008). Les facteurs associés à l'ajustement mental des malades du cancer. Un exemple d'utilisation de la MAC. In DREES (Ed.), *La vie deux ans après le diagnostic de cancer* (pp. 206-216). Paris: La Documentation Française.

Chang, E.C. (1998). Dispositional Optimism and Primary and Secondary Appraisal of a Stressor : Controlling for Confounding Influences and Relations to Coping and Psychological and Physical Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1109-1120.

Cheung, G.W., & Lau, R.S. (2008). Testing Mediation and Suppression Effects of Latent Variables. Bootstrapping With Structural Equation Models. *Organizational Research Methods*, 11(2), 296-325.

Chin, W.W. (1998). Issues and Opinion on Structural Equation Modeling. *Management Information Systems Quarterly*, 22(1), 43-67.

Cimprich, B., Ronis, D.L., & Martinez-Ramos, G. (2002). Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Practice*, 10(2), 85-93.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.

Cohen, L.H., Cimbolic, K., Armeli, S.R., & Hettler, T.R. (1998). Quantitative Assessment of Thriving. *Journal of Social Issues*, 54(2), 323-335.

Cohen, J., Cohen, P., West, S.G., & Aiken, L.S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (3rd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Cohen, S., & Pressman, S.D. (2006). Positive Affect and Health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 122-125.

Collins, R.L., Taylor, S.E., & Skokan, L.A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8(3), 263-285.

Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., & Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.

Cordova, M.J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, V. (2007). Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319.

Costello, A.B., & Osborne, J.W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 10(7)*, 1-9.

Cotton, S.P., Levine, E.G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H., & Targ, E. (1999). : Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(5), 429-438.

Cottraux, J. (2007). La force avec soi pour une psychologie positive. Paris : Odile Jacob

Cousson-Gélie, F. (2000). Breast Cancer, Coping and Quality of Life : A semi-Prospective Study. *European Review of Applied Psychology*, 50(3), 315-320.

Cousson-Gélie, F. (2001). Rôle des facteurs psychosociaux dans la genèse et l'évolution des cancers du sein. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (Eds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement* (chap.3, pp. 47-74). Paris: Dunod.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.-M., Irachabal, S., & Lakdja, F. (2005). Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(4): 288-291.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française*, 41(2), 155-163.

Cousson-Gélie, F., Dilhuydy, J.M., Irachabal, S., Lakdja, F., & Bruchon-Schweitzer, M. (2004). Locus of control, psychological adjustment and disease outcome in breast cancer patients. *Eur J Cancer* (2-3),111.

Coyen, C.J., & Kagee, A. (2001). More may not be better in psychosocial intervention for cancer patients. *Health Psychology*, 20(6), 458-459.

Dancey, C.P., & Reidy, J. (2007). *Statistiques sans maths pour psychologies*. Bruxelles : De Boeck.

David, D., Montgomery, G.H., & Bovbjerg, D.H. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 203-213.

Deimling, G.T., Kahana, B., Bowman, K.F., Schaefer, M.L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-Oncology*, 11(6), 479-494.

Denollet, J., & De Vries, J. (2006). Positive and negative affect within the realm of depression, stress and fatigue: the two-factor distress model of the Global Mood Scales (GMS). *Journal of Affective Disorders*, 91(2-3), 171-180.

Le Corroller-Soriano, A.G., Malavolti, L., Mermilliod, C. (2006). Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic. *Etudes et Résultats*, 486, 1-12.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (2008). *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*. Paris: La documentation française.

Dirik, G., & Karanci, N. (2008). Variables Related to Posttraumatic Growth in Turkish Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(3), 193-203.

Dorval, M., Maunsell, E., Deschênes, L., & Brisson, J. (1998a). Type of Mastectomy and Quality of Life for Long Term Breast Carcionoma Suvivors. *Cancer*, 83(10), 2130-2138.

Dorval, M., Maunsell, E., Deschênes, L., Brisson, J., Masse B. (1998b). Long-term quality of life after breast cancer: Comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 487-494.

Dow, K.H., Ferrell, B.R., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 39(3), 261-273.

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E., & Falke, R.L. (1999). Patterns of Coping With Cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.

Echteld, M.A., Van Elderen, T., & Van der Kamp, L.J.Th. (2003). Modeling Predictors of Quality of Life After Coronary Angioplasty, *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 49-60.

Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G. (2003). Subjective Quality of Life in Old Age in Greece. The effect of demographic factors, emotional state, and adaptation to aging. *European Psychologist*, 3(8), 178-191.

Ell, K.O., Mantell, J.E., Hamovitch, M.B., & Nishimoto, R.H. (1989). Social Support, Sense of Control, and Coping Among Patients with Breast, Lung, or Colorectal Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7(3), 63-89.

Ell, K.O., Nishimoto, R.H., Mediansky, L., Mantell, J.E. & Hamovitch, M.B. (1992). Social relations, social support and survival among patient with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (6), 531-541.

Epel, S., McEwen, B.S., & Ickovics, J.R. (1998). Embodying Psychological Thriving: Pysical Thriving in Response to Stress. *Journal of Social Issues*, 54(2), 301-322.

Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment to breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.

Evers, A.W.M., Kraaimaat, F.W., van Lankveld, W., Jongen, P.J.H., Jacobs, J.W.G., & Bijlsma, J.W.J. (2001). Beyond unfavourable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026-1036.

Fehlauer, F., Tribius, S., Mehnert, A., & Rades, D. (2005). Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 92(3): 217-22.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Illinois : Peterson and Co.

Figueiras, M.J. (2002). Les processus de la recherche en psychologie de la santé: utilisation des méthodes quantitatives. In G.N. Fischer, *Traité de Psychologie de la Santé*, Dunod, Paris, p.163-186

Fischer, G.N., & Tarquinio, C. (2002). L'expérience de la maladie: Ressources psychiques et changement de valeurs. In G.N. Fischer, *Traité de psychologie de la santé* (pp. 310-320). Paris : Dunod.

Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.

Foley, K.L., Farmer, D.F., & Petronis, V.M. (2006). A qualitative exploration of the cancer experience among long-term survivors: Comparisons by cancer type, ethnicity, gender, and age. *Psycho-Oncology*, 15(3): 248-258.

Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745-774.

Fredette, S.L. (1995). Breast cancer survivors: Concerns and coping. *Cancer Nurs*, 18(1): 35-46.

Franks, H.M., & Roesch, S.C. (2006). Appraisals and Coping in People Living with Cancer: a Meta-Analysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027-1037.

Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M.F., & Liscum, K. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 595-603.

Gallagher, J., Parle, M., & Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 7(3), 365-376.

Ganz, P.A., Rowland, J.H., Desmond, K.A., Meyerowitz, B.E., & Wyatt, G.E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 501-514.

Ganz, A.P., Desmond, K.A., Leedham, B., Rowland, J.H., Meyerowitz, E., & Belin, T.R. (2002). Quality of Life in Long-Term, Disease-Free Survivors of Breast Cancer : a Follow-up Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.

Ganz, P.A., Greendale, G., Petersen, L., Kahn, B., & Bower, J.E. (2003). Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21(22), 4184-4193.

Garson, D. (2009, August 8). *Structural Equation Modeling*. Retrieved June 17, 2009, from North Carolina State University College of Humanities and Social Sciences Web site: http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/structur.htm#AMOSmeasure

Golden-Kreutz, D.M., Thornton, L.M., Wells-Di Gregorio, S., Frierson, G.M., Jim, H.S., Carpenter, K.M., Shelby, R.A., & Anderson, B.L. (2005). Traumatic Stress, Perceived Global Stress, and Life Events: Prospectively Predicting Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Health Psychology*, 24(3), 288-296.

Göral, F.S., Kesimci, A., & Gençöz, T. (2006). Roles of the controllability of the event and coping strategies on stress-related growth in a Turkish sample. *Stress and Health*, 22(5), 297-303.

Gotay, C.C., Isaacs, P., & Pagano, I. (2004). Quality of life in patients who survive dire prognosis compared to control cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(12), 882-892.

Grassi, L., Malacarne, P., Maestri, A., & Ramelli, E. (1997). Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer. *Journal of Affective Disorders*, 44(1), 21-30.

Grassi, L. & Rosti, G. (1996). Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors: A six-year follow-up study. *Psychosomatics*, 37(6), 523-532.

Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A., & Marangolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2(1), 11-20.

Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21(1), 43-49.

Grunfeld E. (2006). Looking Beyond Survival: How are we looking at Survivorship? *Journal of Clinical Oncology*. 24(32), 5166-69.

Guérin-Pace, F. (1997). La statistique textuelle : un outil exploratoire en sciences sociales. *Population*, 52(4), 865-888.

Guilleux, A., Blanchin, M., Tessier, P., & Bonnaud-Antignac, A. (2009, Juin). *Validation française d'une échelle de qualité de vie pour les patients en rémission de cancer*. Communication présentée aux Journées Scientifiques de l'Université de Nantes, Nantes, France.

Hack, T.F., & Degner, L. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13(4), 235-247.

Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River (N.J.): Pearson/Prentice Hall.

Halstead, M.T., & Fernsler, J.I., (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17(2), 94-100.

Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2006). Psychological Adjustment of Melanoma Survivors. The Contribution of Hardiness, Attachment, and Cognitive Appraisal. *Journal of Individual Differences*, 27(3), 172-182.

Hardy, S., Hedgspeth, E., & Peterman, A. (2009, February). *Trait Affect Moderates Cancer Symptom Impact on Health-Related Quality of Life*. Paper presented at the American Psychosocial Oncology Society 6th Conference, Charlotte, NC.

Harper, F.W.K., Schmidt, J.E., Beacham, A.O., Salsman, J.M., Averill, A.J., Graves, K.D., & Andrykowski, M.A. (2007). The role of social cognitive porcessing theory and optimism in positive psychosocial and physical behavior change after cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology*, 16(1), 79-91.

Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, Life Events, and Subjective Well-Being: Toward d Dynamic Equilibrium Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 731-739.

Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 408-418.

Helgeson, V.S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 656-666.

Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (1), 25-31.

Helgeson, V.S. (2005). Recent Advances in Psychosocial Oncology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 268-271.

Helgeson, V.S., Kerry, A.R., & Tomich, P.L. (2006). A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 797-816.

Helgeson, V.S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1), 3-15.

Helgeson, V.S., & Tomich, P.L. (2005). Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14(4), 307-317.

Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P.C., Smink, A., & Ranchor, A.V. (in press). Personal control after a breast cancer diagnosis: stability and adaptative value, *Psycho-Oncology*.

Ho, S.M.Y., Chan, C.S.W., & Ho, R.T.H. (2004). Posttraumatic Growth in Chinese Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 377-389.

Hofmann, S.G. (2007). Trait affect moderates cortical activation in response to state affect. *International Journal of Psychophysiology*, 63(3), 258-264.

Holzner B., Kemmler G., Kopp M., et al. (2001). Quality of life in breast cancer patients – not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics*, 42(2), 117-123.

Image (Ed.) (2007). *Alceste, Manuel d'utilisation*. Toulouse : Image.

Ickovics, J.R., & Park, C.L. (1998). Paradigm Shift: Why a Focus on Health is Important. *Journal of Social Issues*, 24 (2), 237-244.

Institut de Veille Sanitaire (2008, February 2). *Estimation cancer. Incidence – Mortalité. 1980 – 2005*. Retrieved August 18, 2009, from http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm

Institut National du Cancer (2009). *Informations sur les cancers. Cancers par organe. Sein*. Retrieved June 22, 2009, from https://www.e-cancer.fr/Information-sur-les-cancers/Cancers-par-organe/page1/op_1-ta_1-id_246-it_264-li_1-ls_0-la_1-ve_1.html

Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Istituto Nazionale per la cura e lo studio dei Tumori (2009). *The EUROCARE-4 database on cancer survival in Europe.* Retrieved June 28, 2009, from http://www.eurocare.it/Results/tabid/79/Default.aspx#longsurv0002

Jenkins, R.A., & Pargament, K.I. (1988). Cognitive appraisals in cancer patients. *Social Science & Medicine*, 26(6), 625-633.

Jim, H.S., Richardson, S.A., Golden-Kreutz, D.M., & Andersen, B.L. (2006). Strageties Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. *Health Psychology*, 25(6), 753-761.

Joly, F., Espié, M., Héron, J-f., & Henry-Amar, M. (2000). Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy. *British Journal of Cancer*, 83(5), 577-582.

Kalampalikis, N., & Moscovici, S. (2005). Une approche pragmatique de l'analyse Alceste. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 66(2), 15-24.

Karanci, A.N., & Erkam, A. (2007). Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(5), 315-322.

Kesimci, A., Sevinç Göral, F., & Gençöz, T. (2005). Determinants of Stress-Related Growth: Gender, Stressfulness of the Event, and Coping Strategies. *Current Psychology*, 24(1), 68-75.

Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Kobayashi, K., Morita, S., Shimongayoshi, M., Kobayashi, M., Fujiki, Y., Uchida, Y., & Yamaguchi, K. (2008). Effects of socioeconomic factors and cancer survivors' worries on their quality of life (QOL) in Japan. *Psycho-Oncology*, 17(6), 606-611.

Kressin, N.R., Spiron, A., & Skinner, K.M. (2000). Negative Affectivity and Health-Related Quality of Life. *Medical Care*, 38(8), 858-867.

Kroenke, C.H., Rosner, B., Chen, W.Y., Kawachi, I., Colditz, G.A., & Holmes, M.D. (2004). Functional Impact of Breast Cancer by Age at Diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 22(10), 1849-1856.

Krohne, W.H. (1996). Individuals Differences in Coping. In M. Zeidner, & N.S. Endler, *Handbook of coping* (pp. 381-409). New York: Wiley.

Kuiper, N.A., Martin, R.A., & Dance, K.A. (1992). Sense of humour and enhanced quality of life. *Personality and Individual Differences*, 13(12), 1273-1283.

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

Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G.M. (2008). Predicting stress-related problems in long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 513-523.

Le Corroller-Soriano, A-G., Bouhinik, A-D., Auquier, P., & Moatti, J-P. (2008a). La qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein: une analyse par classe d'âge. In DREES (Ed.), *La vie deux ans après le diagnostic de cancer* (pp. 217-228). Paris: La Documentation Française.

Le Corroller-Soriano, A-G., Bouhinik, A-D., Auquier, P., & Moatti, J-P. (2008b). La qualité de vie liée à la santé dépend-elle de la localisation du cancer? In DREES (Ed.), *La vie deux ans après le diagnostic de cancer* (pp. 206-216). Paris: La Documentation Française.

Lechner, S.C., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weaver, K.E., & Phillips, K.M. (2006). Curvilinear Associations between Benefit Finding and Psychosocial Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 828-840.

Lechner, S.C., Zakowski, S.G., Antoni, M.H., Greenhawt, M., Block, K. & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 12(5), 491-499.

Lehman, D.R., Davis, C.G., Delong A., Wortman, C.B., Bluck, S., Mandel, D.R., Ellard, J.H. (1993). Positive and negative life changes following bereavement and their relation to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(1), 90-112.

Lelorain, S. (2009, October 1). *Survivre au cancer du sein : qualité de vie et changements psychologiques*. Retrieved October 2, 2009, from http://sophie.lelorain.perso.sfr.fr

Leplège, A., Ecosse, E., Pouchot, J., Coste, J. & Perneger, T. (2001). *Le questionnaire SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris: Estem.

Leplège, A. (2008). Réflexions sur la mesure de la qualité de vie en cancérologie. In DREES (Ed.), *La vie deux ans après le diagnostic de cancer* (pp. 195-203). Paris: La Documentation Française.

Lepore, S.J. (1995). Cynicism, Social Support, and Cardiovascular Reactivity. *Health Psychology*, 14(3), 210-216.

Lewis, J.A., Manne, S.L., Duhamel, K.N., Vickburg S.M.J., Bovbjerg, D.H., Currie, V., Winkel, G., & Redd, W.H. (2001). Social Support, Intrusive Thoughts, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Journal of Behavioral Medicine,* 24 (3), 231-245.

Linley, P.A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.

Lumpkin, J.R. (1985). Validity of a brief locus of control scale for survey research. *Psychological Reports*, 57(2), 655-659.

Luszczynska, A., Mohamed, N.E., & Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies, *Psychology, Health & Medicine*, 10(4), 365-375.

MacCallum, R.C., Browne, M.W., & Sugawara, H.M. (1996). Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130-149.

MacLeod, C., & Hagan, R. (1992). Individual Differences in the Selective Processing of Threatening Information, and Emotional Responses to a Stressful Life Event. *Behaviour Research and Therapy*, 30(2), 151-161.

Manning-Walsh, J.K. (2005). Psychospiritual Well-Being and Symptom Distress in Women with Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(3), 56-62.

Marco, G. D., Fall, S., & Vrignaud, P. (2007). Use of fMRI and Structural Equation Modeling for Studying Interconnected Brain Areas within a hypothetical Network. *Current Medical Imaging Reviews*, 3(4), 249-261.

Markus, H.R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.

Marsland, A.L., Cohen, S., Rabin, B.S., & Manuck, S.B. (2006). Trait positive affect and antibody response to hepatitis B vaccination. *Brain, Behavior, and Immunity*, 20(3), 261-269.

Massey, S., Cameron, A., Ouellette, S., & Fine, M. (1998). Qualitative Approaches to the Study of Thriving: What Can Be Learned? *Journal of Social Issues*, 54 (2), 337-355.

McCaul, K.D., Sandren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., & Foreman, G. (1999). Coping and Adjustment to Breast Cancer, *Psycho-Oncology*, 8(3), 230-236.

McFarland, C., & Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons : Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *J Per Soc Psychol*, 79(3), 327-343.

Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 283-391.

Michael, Y.L., Berkman, L., Colditz, G.A., Holmes, M.D., & Kawachi, I. (2002). Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors. A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 285-293.

Mols, F., Vingerhoets, Ad J.J.M., Coebergh, J.W., & van de Poll-Franse, L.V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*, 41(17), 2613-2619.

Mols, F., Vingerhoets, Ad J.J.M., Coebergh, J.W., & van de Poll-Franse, L.V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24(5), 583-595.

Monti, D.A., Sufian, M., & Peterson, C. (2008). Potential Role of Mind-Body Therapies in Cancer Survivorship. *Cancer*, 112(11), 2607-2616

Morrill, E. F., Brewer, N.T., O'Neill, S.C., Lillie, S.E., Claire Dees, E., Carey, L.A., & Rimer, B.K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*, 17(9), 948-953.

Mytko, J.J, & Knight, S.J. (1999). Body, mind and spirit: Toward the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-oncology*, 8(5), 439-450.

Neipp, M.C., Lopez-Roig, S., & Pastor, A. (2007). Control beliefs in cancer: A literature review. *Anuario de Psicologia*, 38(3), 335-355.

Nelson, D.W., & Cohen, L.H. (1983). Locus of Control and Control Perceptions and the Relationship Between Life Stress and Psychological Disorder. *American Journal of Community Psychology*, 11(6), 705-722.

Norlander, T., Johansson, A., & Bood, S.A. (2005). The affective personality: its relation to quality of sleep, well-being and stress. *Social Behavior and Personality*, 33(7), 709-722.

Organisation Mondiale de la Santé (1994). *Working group. Definition of the Quality of Life*. Geneva: WHO.

Orr, E., & Meyer, J. (1990). Disease Appraisals as a Coping Strategy with Cancer Threat. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 27(3), 145-159.

Osborne, J. (2002). Notes on the use of data transformations. *Pratical Assessment, Research & Evaluation*, 8(6). Retrieved August 11, 2009, from http://PAREonline.net/getvn.asp?v=8&n=6

Osowiecki, D., & Compas, B.E. (1999). A Prospective Study of Coping, Perceived Control, and Psychological Adaptation to Breast Cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 169-180.

O'Sulllivan, M.B. (2001). Self-perceived health status of Irish breast cancer survivors. *Irish Journal of Medical Science*, 170(1) ,14-17.

Pakenham, K.I., & Rinaldis, M. (2001). The Role of Illness, Resources, Appraisal, and Coping Strategies in Adjustment to HIV/AIDS: The Direct and Buffering Effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(3), 259-279.

Panagopoulou, E., Montgomery, A.J., Benos, A., & Maes, S. (2006). Are people emotionally predisposed to experience lower quality of life? The impact of negative affectivity on quality of life in patients recovering from cardiac surgery. *Social Indicators Research*, 76(1), 55-69.

Park, C.P. (1998). Stress-Related Growth and Thriving Through Coping : The Roles of Personality and Cognitive Processes. *Journal of Social Issues*, 54(2), 267-277.

Park, C.L. (2004). The notion of growth following stressful life experiences: problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15(1), 69-76.

Park, C.L., Cohen, L.H., & Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71-105.

Park, C.L., & Fenster, J.R. (2004). Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(2), 195-215.

Park, C.L. & Helgeson, V.S. (2006). Introduction to the Special Section: Growth Following Highly Stressful Life Events- Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 791-796.

Parle, M., Jones, B., & Maguire, P. (1996). Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychological Medicine*, 26(4), 725-744.

Paskett, E.D., Herndon, J.E., Day, J.M., Stark, N.N., Winer, E.P., Grubbs, S.S., et al. (2008). Applying a conceptual model for examining health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: CALGB study 79804. *Psycho-Oncology*, 17(11), 1108-1120.

Pécresse, V. (2009, 8 juillet). *La stratégie de nationale de recherche et d'innovation : trois priorités de recherche à 4 ans*. Retrieved September, 3, 2009, from Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Web Site : http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid28861/la-strategie-nationale-recherche-innovation-trois-priorites-recherche-ans.html

Perkins, E.A., Small, B.J., Balducci, L., Extermann, M., Robb, C. & Haley, W.E. (2007). Individual differences in well-being in older breast cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/ Hematology*, 62(1), 74-83.

Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N.K., Moller, S., Groenvold, M., Christiansen, P., Eriksen, J., & Sjogren, P. (2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Research and Treatment*, 104(1), 39-46.

Pinquart, M., Fröhlich, C., & Silbereisen, R.K. (2007). Cancer Patients' Perceptions of Positive and Negative Ilness-related Changes. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 907-921.

Porter, L.S. Clayton, M.F., Belyea, M., Mishel, M., Gil, K.M., & Germino, B. (2006). Predicting Negative Mood State and Personal Growth in African American and White Long-Term Breast Cancer Survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 195-204.

Preacher, K. J., & Coffman, D. L. (2006, May). Computing power and minimum sample size for RMSEA [Computer software]. Retrieved July 29, 2009, from http://www.quantpsy.org/

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.

Preacher, K.J., & MacCallum, R.C. (2003). Repairing Tom Swift's Electric Factor Analysis Machine. *Understanding Statistics*, 2(1), 13-43.

Rabe, S., Zöllner, T., Maercker, A., & Karl, A. (2006). Neural correlates of posttraumatic growth after severe motor vehicle accident. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 880-886.

Rasmussen, D.M., & Elverdam, B. (2008). The meaning of work and working life after cancer: an interview study. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1232-1238.

Razavi, D., Delvaux, M., & de Cock, M. (2002). Adaptation Psychologique. In D. Razavi & N. Delvaux (Eds.), *Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille* (pp.66-133). Paris : Masson.

Reinert, M. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale : Alceste. *Les cahiers de l'Analyse des Données*, 11(4), 471-484.

Reinert, M. (1993). Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et société*, 66, 5-39.

Reynolds, J.S., & Perrin, N.A. (2004). Mismatches in Social Support and Psychosocial Adjustment to Breast Cancer. *Health Psychology*, 23(4), 425-430.

Ring, L., Höfer, S., Heuston, F., Harris, D., & O'Boyle, C.A. (2005). Response shift masks the treatment impact on patient reported outcomes (PROs): the example of individual quality of ife in edentulous patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(55). DOI : 10.1186/1477-7525-3-55. Retrieved July 24, 2008, from http://www.hqlo.com/content/3/1/55

Rixe, O., Khayat, D., & Fischer, G.N. (2002). Aspects biomédicaux et psychologiques des cancers et des traitements thérapeutiques. In G.N. Fischer (Ed.), *Traité de Psychologie de la Santé* (pp. 211-226). Paris : Dunod.

Robb C., Haley W.E., Balducci L., Extermann M., Perkins E.A., Small B.J., & Mortimer J. (2007). Impact of breast cancer survivorship on quality of life in older women. *Critical reviews in Oncology/ Hematology*, 62(1), 84-91.

Ross, M. (1989). Relation of Implicit Theories to the Construction of Personal Histories. *Psychological Review*, 96(2), 341-357.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), 1-28.

Roussel, P., Durrieu, F., Campoy, E., & El Akremi, A. (2002). *Méthodes d'Equations Structurelles : Recherche et Applications en Gestion*. Paris : Economica.

Rowland, J.H. & Baker, F. (2005). Introduction: Resilience of Cancer Survivors across the Lifespan. *Cancer*, 104 (11), 2543-48.

Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B., & Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121.

Salsman, J.M., Segerstrom, S.C., Brechtin, E.H., Carlson, C.R., & Andryowski, M.A. (2008). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3 month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology*, 18(1), 30-41.

Sandler, I.N., & Lakey, B. (1982). Locus of Control as a Stress Moderator : The Role of Control Perceptions and Social Support. *American Journal of Community Psychology*, 10(1), 65-80.

Santiago, M. (2007). Perspectives critiques en psychologie de la santé. L'exemple des recherches en oncologie. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(4), 9-21.

Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*. Mardaga

Sawatsky, R., Pamela, A., & Chiu, A. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72(2), 153-188.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.

Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery, and self esteem): a re-evaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol*, 67(6), 1063-78.

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*, 14(9), 718-727.

Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C.M., Sandvik, L., & Karesen, R. (2004). Pessimism as predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(5), 309-320.

Schroevers, M.J., Ranchor, A.V., & Sanderman, R. (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: a longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social Science & Medicine*, 63(3), 598-610.

Schroevers, M.J., & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1239-1246.

Schulz, T., & Mohamed, N.E. (2004). Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Social Science and Medecine*, 59(3), 653-662.

Schumacker, R.E. (2006). Teacher's Corner: Conducting Specification Searches with Amos. *Structural Equation Modeling: A Multidiscilinary Journal*, 13(1), 118-129.

Schumacker, R.E., & Lomax, R.G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation modeling*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer, S., Taubert, S., & Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science & Medecine*, 63(6), 1614-1624.

Sears, S.R., Stanton, A.L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497.

Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1): 5-14.

Sheikh, A.I. (2004). Posttraumatic Growth in the Context of Heart Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 265-273.

Snyder, C.R., & Lopez S.J. (2005). *Handbook of Positive Psychology*. London: Oxford Univ. Press.

Stanton, A.L., Bower, J.E., & Low, C.A. (2006). Posttraumatic Growth after Cancer. In L.G. Calhoun & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and practice* (pp. 138-175). NY: Lawrence Erlbaum Associates.

Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., & Sworowski, L.A. (2000). Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.

Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102.

Stanton, A.L., & Low, C.A. (2004). Toward understanding posttraumatic growth: Commentary on Tedeschi and Calhoun. *Psychological Inquiry*, 15(1), 76-80.

Stanton, A.L., & Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis : a prospective study. *Health Psychology*, 12(1), 16-23.

Stein, K.D., Syrjala, K.L., & Andrykowski, M.A. (2008). Physical and Psychological Long-Term and Late Effects of Cancer. *Cancer*, 112(11), 2577-2592.

Sumalla, E.C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttrauamtic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24-33.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Taylor, S.E. (1983). Adjustment to Threatening Events. A Theory of Cognitive Adapation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173.

Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., & Aspinwall, L.G. (1991). Assault on the self: Positive illusions and adjustment to threatening events. In J. Strauss & G.R. Goethals (Eds.), *The self: Interdisciplinary approaches* (pp. 239-254). New-York: Springer-Verlag.

Taylor, S.E., Lichtman, R.R., & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.

Takahashi, M. & Kai, I. (2005). Sexuality after breast cancer treatment: Changes and coping strategies among Japanese survivors. *Social Science & Medicine*, 61(6), 1278-1290.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

Tennen., H. & Affleck, G. (1998). Personality and Transformation in the Face of Adversity. In R.G Tedeschi, C.J. Park & L.G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth : positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 65-98). Mahwah, N.J.: Erlbaum.

Tennen H., & Affleck G. (2005). Benefit finding and benefit reminding. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 584- 597). London: Oxford Univ. Press.

Tennen, H., Affleck, G., Urrowsd, S., Higgins, P. & Mendola, R. (1992). Perceiving Control, Construing Benefits, and Daily Processes in Rheumatoid Arthris. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24(2), 186-203.

Tomich, P.L., & Helgeson, V.S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11(2), 154-169.

Tomich, P.L., & Helgeson, V.S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16-23.

Tomich, P.L., & Helgeson, V.S. (2006). Cognitive Adaptation Theory and Breast Cancer Recurrence: Are There Limits? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 980-987.

Tomich, P.L., Helgeson, V.S., & Vache, E.J.N (2005). Perceived growth and decline following breast cancer: A comparison to age-matched controls 5-years later. *Psycho-Oncology*, 14(12), 1018-1029.

Trétarre, B., Guizard, A.V., Fontaine, D., les membres du réseau Francim et le CépiDc-Inserm (2004). Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité, France 2000. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 44, 209-210.

Urcuyo, K.R., Boyers, A.E., Carver, C.S., & Antoni, M.H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20(2), 175-192.

Vrignaud, P. (2009). *Formation Amos*. Paris La Défense: SPSS France.

Watson, D., & Clark, L.A. (1984). Negative Affectivity: The Disposition to Experience Aversive Emotional States. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.

Watson, D., Clark, L.A., & Carey, G. (1988a). Positive and Negative Affectivity and Their Relation to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 346-353.

Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988b). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Watson, M., Greer, S., Pruyn, J., & Van der Borne, B. (1990). Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports*, 66(1), 39-48.

Watson, M., Greer, S., Young, J., & Inayat, Q. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(1), 203-209.

Watson, D., & Pennebaker, J.W. (1989). Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234-254.

Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: an intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(2), 65-80.

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 733-746.

Wenzel, L.B., Donnelly, J.P., Fowler, J.M., Habbal, R., Taylor, T.H., Aziz, N. & Cella, D. (2002). Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: A gynecologic oncology group study. *Psycho-Oncology*, 11(2), 142-153.

Weston, R., Gore, P.A., Chan, F., & Catalano, D. (2008). An Introduction to Using Structural Equation Models in Rehabilitation Psychology. *Rehabilitation Psychology*, 53(3), 340-356.

Widows, M.R., Jacobsen, P.B., Booth-Jones, M., & Fields, K.K. (2005). Predictors of Posttraumatic Growth Following Bone Marrow Transplantation for Cancer. *Health Psychology*, 24(3), 266-273.

Wu, A.D., & Zumbo, B.D. (2008). Understanding and Using Mediators and Moderators. *Social Indicators Research*, 87(3), 367-392.

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

Index des Figures

FIGURE 1 : MODELE INTEGRATIF EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTE (BRUCHON-SCHWEITZER, 2002)..... 23
FIGURE 2 : INCIDENCE ET MORTALITE DU CANCER DU SEIN ESTIMEES PAR AGE POUR L'ANNEE 2000 CHEZ LES FEMMES EN FRANCE (TRETARRE, GUIZARD, FONTAINE, LES MEMBRES DU RESEAU FRANCIM ET LE CEPIDC-INSERM, 2004, P. 209). 36
FIGURE 3 : PROCEDURE POUR LA PARTICIPATION A L'ETUDE..... 162
FIGURE 4 : SCORES DE QUALITE DE VIE SUR LES 8 DIMENSIONS DU SF-36, AINSI QUE SUR LES 2 SCORES COMPOSITES, POUR LE GROUPE CANCER ET LE GROUPE CONTROLE. 184
FIGURE 6 : ANALYSE FACTORIELLE DES CORRESPONDANCES..... 218
FIGURE 7 : AFC DE LA STRUCTURE PROPOSEE DU PTGI FRANÇAIS..... 240
FIGURE 8 : MODELE HYPOTHETIQUE GENERAL DE LA PREDICTION DU DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE. ... 242
FIGURE 9 : MODELE PREDICTIF PROPOSE DU DEVELOPPEMENT PERSONNEL. 244
FIGURE 10 : SPECIFICATION DE L'EFFET CURVILINEAIRE DU STRESS PERÇU SUR LE COPING ET LE DEVELOPPEMENT PERSONNEL (COEFFICIENTS NON STANDARDISES)..... 246
FIGURE 11 : MODELE PREDICTIF PROPOSE DU DEVELOPPEMENT RELATIONNEL. 249
FIGURE 12 : MODELE PREDICTIF PROPOSE DU FACTEUR GENERAL DE DEVELOPPEMENT. 251
FIGURE 13 : SPECIFICATION DE L'EFFET DES SEQUELLES SUR LE DEVELOPPEMENT PERSONNEL. 253
FIGURE 14 : MODELE PREDICTIF DU DEVELOPPEMENT PERSONNEL - GROUPE CANCER. 255
FIGURE 15 : MODELE PREDICTIF DU DEVELOPPEMENT PERSONNEL – GROUPE CONTROLE. 257
FIGURE 16 : MODELE PREDICTIF DU DEVELOPPEMENT RELATIONNEL - GROUPE CANCER. 259
FIGURE 17 : MODELE HYPOTHETIQUE GENERAL PREDICTIVE DE LA QUALITE DE VIE MENTALE. 278
FIGURE 18 : MODELE PROPOSE PREDICTIF DE LA QUALITE DE VIE MENTALE..... 279
FIGURE 19 : MODELE HYPOTHETIQUE GENERAL PREDICTIF DE LA QUALITE DE VIE PHYSIQUE. 281
FIGURE 20 : MODELE PROPOSE PREDICTIF DE LA QUALITE DE VIE PHYSIQUE. 282
FIGURE 21 : MODELE REDUIT PREDICTIF DE LA QUALITE DE VIE MENTALE - GROUPE CANCER. 284
FIGURE 22 : MODELE REDUIT PREDICTIF DE LA QUALITE DE VIE MENTALE - GROUPE CONTROLE. 287
FIGURE 23 : MODELE REDUIT PREDICTIF DE LA QUALITE DE VIE PHYSIQUE - GROUPE CANCER..... 288
FIGURE 24 : MODELE REDUIT PREDICTIF DE LA QUALITE DE VIE PHYSIQUE - GROUPE CONTROLE..... 290

Index des Tableaux

TABLEAU 1 : VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS 171
TABLEAU 2 : DIFFERENCES ENTRE LES DEUX GROUPES SUR LES VARIABLES DE PERSONNALITE ET TRANSACTIONNELLES..... 173
TABLEAU 3 : SCORES MOYENS ET DIFFERENCES DE QUALITE DE VIE ENTRE LE GROUPE CANCER ET LA POPULATION GENERALE FEMININE FRANÇAISE AGEE DE 55 A 74 ANS..... 183
TABLEAU 4 : SCORES MOYENS ET DIFFERENCES DE QUALITE DE VIE ENTRE LES GROUPES CANCER ET CONTROLES. 184
TABLEAU 5 : GENE LAISSEE PAR LES SEQUELLES DANS LE GROUPE CANCER ET DANS LE GROUPE CONTROLE..... 185
TABLEAU 6 : NATURE DES SEQUELLES DANS LE GROUPE CANCER ET DANS LE GROUPE CONTROLE. 186
TABLEAU 7 : MOYENNES DES SCORES POUR LES DIFFERENTES DIMENSIONS DU PTGI DANS LE GROUPE CANCER, COMPAREES A LA VALEUR DE REFERENCE POUR LAQUELLE LA DIMENSION EST VECUE EN MOYENNE DE "UN PEU" A "TOTALEMENT"..... 187
TABLEAU 8 : PREVALENCE DU DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE POUR LE GROUPE CANCER..... 188
TABLEAU 9 : COMPARAISONS DES VALEURS AU PTGI DANS DIFFERENTES RECHERCHE, A COURT ET LONG TERME DU DIAGNOSTIC. 190
TABLEAU 10 : MOYENNES DES SCORES AU PTGI POUR LE GROUPE CANCER ET LE GROUPE CONTROLE. 190
TABLEAU 11 : VALENCE DES CHANGEMENTS PERÇUS DANS LES DEUX GROUPES. 191
TABLEAU 12 : CORRELATIONS ENTRE LE DEVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE ET LA QUALITE DE VIE POUR LE GROUPE CANCER. 192
TABLEAU 13 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET MEDICALES DES FEMMES AYANT PASSE L'ENTRETIEN..... 205
TABLEAU 14 : VARIABLES INTRODUITES DANS L'ANALYSE ALCESTE. 207
TABLEAU 15 : ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE DU PTGI. 238
TABLEAU 16 : ANALYSE MULTI-GROUPES POUR LA PREDICTION DU DEVELOPPEMENT PERSONNEL. 256
TABLEAU 17 : ANALYSE MULTI-GROUPES POUR LA PREDICTION DU DEVELOPPEMENT RELATIONNEL. 260
TABLEAU 18 : ANALYSE MULTI-GROUPES POUR LA PREDICTION DE LA QUALITE DE VIE MENTALE..... 285
TABLEAU 19 : ANALYSE MULTI-GROUPES POUR LA PREDICTION DE LA QUALITE DE VIE PHYSIQUE. 289

Annexes

ANNEXE 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DU PTGI EN REMISSION A COURT TERME D'UN CANCER DU SEIN SANS RECIDIVE (A MOINS DE 5ANS DU DIAGNOSTIC). 355

ANNEXE 2 : QUALITE DE VIE A LONG TERME APRES UN CANCER DU SEIN (ETUDES SANS POPULATION CONTROLE), SCORES GENERAUX ET SEQUELLES 356

ANNEXE 3 : UNE APPROCHE MACROANALYTIQUE DU COPING (FRANKS & ROESCH, 2006, P. 1031). 357

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FEMMES AYANT EU LE CANCER DU SEIN 359

Annexe 1 : Tableau récapitulatif du PTGI en rémission à court terme d'un cancer du sein sans récidive (à moins de 5ans du diagnostic).

	Recherches	Cordova et al. (2001)	Weiss (2002)	Sears et al. (2003)	Weiss (2004)	Belizzi & Blank (2006)			
	Population Moyenne d'âge (sd) étendue	70 femmes 54.7 (12.1) 27-87 ans	41 femmes 52.9 (8.6) 37-72	92 femmes 51.57 (10.33) 28-76 ans	72 femmes 54.2 (8.6) 37-78 ans	224 femmes 60 (12.01) 32-86 ans			
	Stades du cancer du sein	I à III	I et II	I et II	I et II	Tous stades	Moyenne des scores	Score moyen rapporté sur 100	Score total moyen sur 105
Domaines du PTGI	Moment de l'évaluation / Nombre d'items / Scores théoriques possibles	A moins de 5 ans du diagnostic	A moins de 5 ans du diagnostic	A 12 mois des traitements	De 1 à 5 ans du diagnostic	De 1 à 4 ans après traitements*			
Appréciation de la vie	3 items 0-15	10.6	11.00	10.53	11.1	9.67	10.58	70.53	
Relations aux autres	7 items 0-35	21.7	19.83	21.05	19.6	20.29	20.49	58.54	
Force personnelle	4 items 0-20	12.5	12.34	11.03	12	Donnée manquante	11.97	59.85	
Spiritualité	2 items 0-10	6.3	4.27	5.33	4.3	Donnée manquante	5.05	50.5	
Nouvelles possibilités	5 items 0-25	13.1	11.05	10.48	10.9	9.98	11.10	44.4	
Score total	21 items 0-105	64.1 (sd : 24.8)	60.21 (sd :18.81)	58.4 (sd: 25.5)	57.9 (sd : 24.5)	Donnée manquante	**60.15**		60.15

* On notera des données manquantes chez Belizzi et Blank (2006) qui se sont focalisés sur trois domaines de développement seulement.

Annexe 2 : Qualité de vie à long terme après un cancer du sein (études sans population contrôle), scores généraux et séquelles

	SCORES GENERAUX DE QUALITE DE VIE (SCORE GLOBAL OU PHYSIQUE OU MENTAL) OU REMARQUES GENERIQUES	SEQUELLES OU DOMAINES DE QUALITE DE VIE AFFAIBLIS ; COMMENTAIRES
Casso et al. (2004) De 5-10 ans du diagnostic.	SF-36 PCS : 48.6 (11.5) MCS : 46.8 (11.3)	Sexualité légèrement perturbée. 34% rapportent symptômes liés au cancer ou aux traitements
Lewis et al. (2001) De 1-15 après traitements (à en moy. 7 ans des traitements) 63% à plus de 5 ans des traitements	SF- 36 PCS : 49.75 (9.49) MCS : 50.78 (10.91)	
Cimprich et al. (2002) A plus de 5 ans du diagnostic	**QOL-CS 7.34/10** Physique : 7.99 Psy. : 6.77 Social : 8.28 Spirituel : 6.61	
Foley et al. (2006) A plus de 5 ans du diagnostic	Echelle visuelle analogique 73.5/100	Evaluation réalisée sur divers types de cancers : pas de différences de qualité de vie selon le type de cancer
Dow et al. (1996) De 4 mois à 28 ans après diagnostic (à en moy. 6 ans du diagnostic)	**FACT-G 3.23/4** **QOL-CS 6.51/10** Physique : 7.75 Psy. : 5.77 Social : 6.93 Spirituel : 6.51	Problèmes de sommeil, fatigue, douleurs, symptômes physiques, inquiétudes par rapport à la famille et quant à une récidive, sexualité modifiée
Bloom (2004) A 5 ans du diagnostic	92% de l'échantillon juge sa santé comme bonne ou excellente	Mais ½ a des problèmes de bras, les ¾ sont ménopausées (seules 22% naturellement), plus de la moitié a des difficultés sexuelles et plus de la moitié présente des symptômes hormonaux.
Mols (2005) A plus de 5 ans du diagnostic. Revue de question sur 10 recherches	Bonne qualité de vie au score global de qualité de vie (divers questionnaires validés)	Mais presque toutes les études mentionnent des séquelles, notamment problèmes au bras et sexualité.
Avis et al. (2005) A plus de 5 ans du diagnostic	QLCAS : Score global de qualité de vie générique : 70,5 (28 étant le meilleur score théorique possible et 196 le pire théorique possible)	Sexualité, fatigue, inquiétudes par rapport à la famille et quant à une récidive

Annexe 3 : Une approche macroanalytique du coping (Franks & Roesch, 2006, p. 1031).

Table 2. Taxonomy

1. Approach and avoidance coping	
Approach	*Avoidance*
Approach/active coping	Avoidance/passive coping
Positive expectancies/optimism	Wishful thinking
Coping self-efficacy	Denial
Seeking information	Behavioral disengagement
Seeking guidance/support	Mental disengagement
Self-control	Self-blame
Positive reappraisal/reinterpretation	Religion
Medical compliance	Threat minimization
Planning, logical analysis	Distancing/distraction
Suppression of competing activities	Emotional discharge/venting
Acceptance	Alcohol/drug use
Problem solving	Helplessness
	Humor
2. Problem-focused coping and emotion-focused coping	
Problem-focused	*Emotion-focused*
Seeking instrumental support	Positive expectancies/optimism
Active coping	Coping self-efficacy
Suppression of competing activities	Seeking emotional support
Medical compliance	Self-control
Planning	Positive reappraisal/reinterpretation
Problem solving	Acceptance
	Threat minimization
	Wishful thinking
	Seeking other rewards
	Religion
	Humor

Exemple de coping d'approche, centré sur l'émotion

Annexe 4 : Questionnaire destiné aux femmes ayant eu le cancer du sein

ERSSCa

Équipe de Recherches en Sciences Humaines et Sociales
appliquées à la Cancérologie

Etude de suivi des personnes soignées pour un cancer

N° QUESTIONNAIRE :

(cadre réservé aux enquêteurs)

Centre René Gauducheau

UNIVERSITÉ DE NANTES

CONTRE LE CANCER
LA LIGUE
101 comités

A LIRE ATTENTIVEMENT avant de commencer à répondre

PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

Nous vous remercions de prendre le temps de répondre à ce questionnaire.

Le questionnaire est composé de plusieurs parties qui s'intéressent à divers aspects de votre vie (situation familiale, santé, qualité de vie, ressenti psychologique etc.). Ces informations nous sont utiles pour connaître vos conditions de vie et comprendre de quelle manière elles peuvent affecter votre qualité de vie dans ses différentes dimensions.

Vous pouvez remplir le questionnaire en une seule fois ou en plusieurs étapes. **Nous vous demandons de bien répondre à toutes les questions.** Si vous éprouvez des difficultés face à certaines questions, veuillez donner la réponse qui vous paraît la plus proche de ce que vous pensez ou ressentez.

Nous vous rappelons que le traitement des réponses que vous nous fournissez s'effectue de manière confidentielle et anonyme.

Si vous souhaitez des informations complémentaires sur le questionnaire, vous pouvez contacter Sophie Lelorain au 06 20 66 64 34.

NOTE D'INFORMATION « INFORMATIQUE ET LIBERTES »

Les responsables du traitement des données sont Madame Angélique Bonnaud-Antignac et Monsieur Philippe Tessier de l'Equipe de Recherches en Sciences Humaines et Sociales appliquées à la Cancérologie (ERSSCa). Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.

Les destinataires des données sont les chercheurs de l'ERSSCa. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à M. Philippe Tessier au 02 40 20 65 24 ou au docteur F. Pein au 02 40 67 99 77.

Vous pouvez également, si vous le souhaitez, vous opposer au traitement des données vous concernant.

votre situation sociodémographique

CETTE PARTIE COMPORTE DES QUESTIONS GENERALES VOUS CONCERNANT

Veuillez s'il vous plaît indiquer la date d'aujourd'hui (JJ/mm) :

| _____ | _____ |

1) Quelle est votre date de naissance ? (jour/mois/année) :

| _____ | _____ | _____ |

2) Quelle est votre situation familiale actuelle ? (cochez la case correspondante)

1. ☐ Vous vivez en couple
2. ☐ Vous vivez seule

3) Quel est actuellement votre statut matrimonial légal ? (cochez la case correspondante)

1. ☐ Célibataire (jamais légalement marié(e))
2. ☐ Mariée
3. ☐ Divorcée
4. ☐ Séparée légalement
5. ☐ Veuve

4) Avez-vous des enfants ?

1. ☐ Oui
2. ☐ Non

Dans l'affirmative, combien d'enfants avez-vous ? | _____ |

5) Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? (Cochez une seule case)

1. ☐ Vous exercez une activité professionnelle

2. ☐ Vous êtes au chômage
3. ☐ Vous êtes en retraite ou en pré-retraite
4. ☐ Vous êtes inactive (autre que pré-retraitée ou retraitée)

6) Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ? (Cochez une seule case)

1. ☐ Aucun diplôme
2. ☐ CEP (certificat d'études primaires)
3. ☐ BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges
4. ☐ CAP, BEP, brevet de compagnon
5. ☐ BAC
6. ☐ Diplôme de 1er cycle universitaire, BTS, DUT, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmier(ère)
7. ☐ Diplôme de 2ème cycle et plus (BAC +2 et plus)

7) A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ou apparteniez-vous ?

1. ☐ Agriculteur exploitant
2. ☐ Artisan – commerçant – chef d'entreprise
3. ☐ Cadre – profession intellectuelle supérieure
4. ☐ Profession intermédiaire
5. ☐ Employé
6. ☐ Ouvrier

8) Dans quelle tranche se situe le revenu mensuel net de votre foyer ? (tous revenus confondus : prestations sociales, allocations, pensions après cotisations sociales et avant impôts …). Cette information, comme toutes les autres, restera bien entendu confidentielle et anonyme.

1. ☐ Moins de 380 € (2 500 FF) par mois
2. ☐ De 380 à moins de 610 € (2 500 à moins de 4 000 FF) par mois
3. ☐ De 610 à moins de 760 € (4 000 à moins de 5 000 FF) par mois
4. ☐ De 760 à moins de 1 070 € (5 000 à moins de 7 000 FF) par mois
5. ☐ De 1 070 à moins de 1 370 € (7 000 à moins de 9 000 FF) par mois
6. ☐ De 1 370 à moins de 1 830 € (9 000 à moins de 12 000 FF) par mois
7. ☐ De 1 830 à moins de 2 290 € (12 000 à moins de 15 000 FF) par mois

8. ☐ De 2 290 à moins de 3 050 € (15 000 à moins 20 000 FF) par mois
9. ☐ De 3 050 à moins de 4 570 € (20 000 à moins de 30 000 FF) par mois
10. ☐ De 4 570 € ou plus (30 000 FF ou plus) par mois
11. ☐ Ne sait pas ou ne veut pas répondre

9) Selon vous, le niveau de vie actuel de votre foyer est :

1. ☐ Très élevé
2. ☐ Elevé
3. ☐ Moyen
4. ☐ Faible
5. ☐ Très faible

10) Financièrement, en fonction de vos revenus et des besoins que vous avez :

1. ☐ Vous n'arrivez pas du tout à vous en sortir
2. ☐ Vous avez du mal à vous en sortir
3. ☐ Vous vous en sortez mais sans plus
4. ☐ Vous êtes plutôt à l'aise
5. ☐ Vous êtes très à l'aise

INFORMATIONs concernant la maladie

Cette partie vous interroge sur des aspects concernant la maladie pour laquelle vous avez été soignée

1) Quand le diagnostic de cancer vous a-t-il été annoncé ?

Mois : |_____| Année : |_____|

2) À quel stade était la tumeur de votre cancer du sein au moment du diagnostic ?

1. ☐ Stade 0 ou I = carcinome in situ (DCIS ou LCIS) ; tumeur localisée au sein

2. ☐ Stade II = tumeur de 2 à 5 cm et/ou étendue aux ganglions axillaires du même côté

3. ☐ Stade III = tumeur de plus de 5 cm ou étendue à d'autres ganglions lymphatiques

4. ☐ Stade IV = tumeur métastasique, d'autres organes sont atteints

5. ☐ Ne sait pas

3) Durant la maladie, quel type de traitement avez-vous reçu ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

1. ☐ Une opération chirurgicale

2. ☐ Une chimiothérapie

3. ☐ Une radiothérapie

4. ☐ Une hormonothérapie (tamoxifen par exemple)

5. ☐ Ne sait pas

4) Avez-vous eu une mastectomie (=ablation d'un sein) ?

1. ☐ Oui **2. ☐ Non**

5) Quelle était votre situation au moment du diagnostic ? (Cochez une seule case)

1. ☐ Vous exerciez une activité professionnelle
2. ☐ Vous étiez au chômage
3. ☐ Vous étiez en retraite ou en pré-retraite
4. ☐ Vous étiez inactive (autre que pré-retraitée ou retraitée)

Si vous n'exerciez pas une activité professionnelle au moment du diagnostic de cancer, passez directement à la question 16

15) Durant les deux ans qui ont suivi le diagnostic de votre cancer :

1. ☐ Vous n'avez jamais interrompu votre activité professionnelle
2. ☐ Vous avez interrompu (congé maladie) et repris votre activité
3. ☐ Vous avez perdu ou quitté votre emploi
3. ☐ Vous êtes passée à la retraite ou en pré-retraite
4. ☐ Vous avez été mise en invalidité
5. ☐ Autre situation : précisez svp _____

_____

16) Aujourd'hui, pensez-vous à votre cancer du sein ?

1. ☐ Jamais ou quasiment jamais
2. ☐ Peu
3. ☐ Assez souvent
4. ☐ Très souvent

17) Aujourd'hui, ressentez-vous des séquelles liées à votre cancer ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non

En cas de réponse négative, veuillez passer directement à la page suivante

S'agit-il (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

1. ☐ De douleurs

2. ☐ De fatigue
3. ☐ De limitations : vous n’arrivez pas à faire ce que vous avez à faire ou ce que vous souhaitez faire
4. ☐ Autres, précisez_____

Ces séquelles sont-elles :

1. ☐ Très gênantes
2. ☐ Assez gênantes
3. ☐ Peu gênantes

Questionnaire dé santé

Les questions, qui suivent, portent sur votre santé telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

entourez la réponse de votre choix

- Excellente 1
- Très bonne 2
- Bonne 3
- Médiocre 4
- Mauvaise 5

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

entourez la réponse de votre choix

- Bien meilleur que l'an dernier 1
- Plutôt meilleur 2
- A peu près pareil 3
- Plutôt moins bon 4
- Beaucoup moins bon 5

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

Liste d'activités	**Oui, beaucoup limité(e)**	**Oui, un peu limité(e)**	**Non, pas du tout limité(e)**
a. **Efforts physiques importants** tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. **Efforts physiques modérés** tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter **plusieurs étages** par l'escalier	1	2	3
e. Monter **un étage** par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher **plus d'un km** à pied	1	2	3
h. Marcher **plusieurs centaines de mètres**	1	2	3
i. Marcher **une centaine de mètres**	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	OUI	**NON**
a. Avez-vous réduit le **temps passé** à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous **accompli moins** de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire **certaines** choses	1	2
d. Avez-vous eu des **difficultés** à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	OUI	**NON**
a. Avez-vous réduit le **temps passé** à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous **accompli moins** de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire **avec autant de soin et d'attention** que d'habitude	1	2

6. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

entourez la réponse de votre choix

- Pas tu tout 1
- Un petit peu 2
- Moyennement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

entourez la réponse de votre choix

- Nulle 1
- Très faible 2
- Faible 3
- Moyenne 4
- Grande 5
- Très grande 6

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

entourez la réponse de votre choix

- Pas du tout 1
- Un petit peu 2
- Moyennement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	en permanence	**très souvent**	**souvent**	**quelque fois**	**rarement**	**jamais**
a. Vous-vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
b. Vous-vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
c. Vous-vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
d. Vous-vous êtes senti(e) calme et détendu(e)	1	2	3	4	5	6
e. Vous-vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous-vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
g. Vous-vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
h. Vous-vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
i. Vous-vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

entourez la réponse de votre choix

- En permanence 1
- Une bonne partie du temps 2
- De temps en temps..... 3
- Rarement 4
- Jamais..... 5

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

Entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	Totalement vraie	**Plutôt vraie**	**Je ne sais pas**	**Plutôt fausse**	**Totalement fausse**
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

QUALITE DE VIE

Nous allons maintenant vous poser des questions portant sur des aspects de la qualité de vie des personnes. Certaines de ces questions pourront vous paraître redondantes mais nous vous prions de répondre à chacune d'elles. Ci-dessous, vous trouverez un tableau allant de « jamais » à « toujours ». Indiquez s'il vous plait à quel point chaque affirmation vous paraît vérifiée pour les quatre semaines passées. ENTOUREZ UNE REPONSE PAR QUESTION.

	Jamais	Rarement	Parfois	Ni plus ni moins	Fréquem-ment	Très souvent	Toujours
Au cours des 4 semaines passées :							
1. Vous avez eu l'énergie suffisante pour faire ce que vous vouliez faire	1	2	3	4	5	6	7
2. Vous avez eu des difficultés à exercer des activités exigeant de la concentration	1	2	3	4	5	6	7
3. Vous avez été gênée par une faible capacité d'attention	1	2	3	4	5	6	7
4. Vous avez eu des difficultés à vous souvenir de certaines choses	1	2	3	4	5	6	7
5. Vous vous êtes sentie fatiguée	1	2	3	4	5	6	7
6. Vous vous êtes sentie heureuse	1	2	3	4	5	6	7
7. Vous vous êtes sentie morose ou déprimée	1	2	3	4	5	6	7
8. Vous avez profité de la vie	1	2	3	4	5	6	7
9. Vous vous êtes inquiétée de petits riens	1	2	3	4	5	6	7
10. Vous avez été gênée par une incapacité sexuelle	1	2	3	4	5	6	7
11. Vous n'avez pas eu l'énergie suffisante pour faire tout ce que vous vouliez faire	1	2	3	4	5	6	7

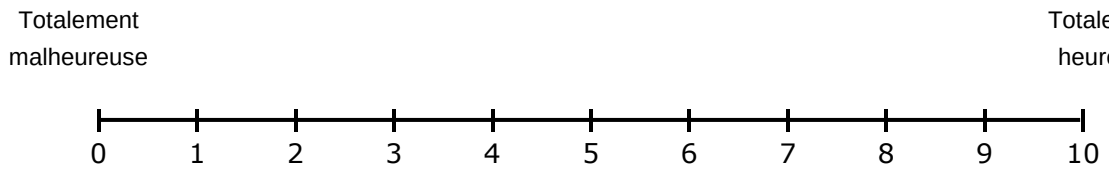
	Jamais	Rarement	Parfois	Ni plus ni moins	Fréquem-ment	Très souvent	Toujours
12. Vous n'avez pas été satisfaite de votre vie sexuelle	1	2	3	4	5	6	7
13. Vous avez été gênée par des douleurs qui vous ont empêché de faire ce que vous vouliez faire	1	2	3	4	5	6	7
14. Vous vous êtes sentie très fatiguée	1	2	3	4	5	6	7
15. Vous avez été réticente à établir de nouvelles relations	1	2	3	4	5	6	7
16. Vous avez manqué de désir sexuel	1	2	3	4	5	6	7
17. Votre humeur a été perturbée par la douleur ou par ses traitements	1	2	3	4	5	6	7
18. Vous avez évité les occasions de sorties	1	2	3	4	5	6	7
19. Vous avez été gênée par des sautes d'humeur	1	2	3	4	5	6	7
20. Vous avez évité vos amis	1	2	3	4	5	6	7
21. Vous avez souffert de maux ou de douleurs	1	2	3	4	5	6	7
22. Vous avez eu un regard positif sur la vie	1	2	3	4	5	6	7
23. Vous avez été gênée d'oublier ce que vous aviez commencé à faire	1	2	3	4	5	6	7
24. Vous vous êtes sentie anxieuse	1	2	3	4	5	6	7
25. Vous avez été réticente à rencontrer de nouvelles personnes	1	2	3	4	5	6	7
26. Vous avez évité l'activité sexuelle	1	2	3	4	5	6	7
27. La douleur ou ses traitements ont gêné vos activités sociales	1	2	3	4	5	6	7
28. Vous avez été satisfaite de votre vie	1	2	3	4	5	6	7

Les affirmations suivantes portent spécifiquement sur les effets de votre cancer ou de son traitement. Cette fois encore, pour chaque affirmation, veuillez préciser dans quelle mesure celle-ci était vérifiée au cours des quatre semaines passées.

	Jamais	Rarement	Parfois	Ni plus ni moins	Fréquem-ment	Très souvent	Toujours
29. Vous avez plus apprécié la vie du fait cancer	1	2	3	4	5	6	7
30. Vous avez eu des problèmes financiers du fait du coût du traitement de votre cancer	1	2	3	4	5	6	7
31. Vous avez craint que les membres de votre famille risquent de développer un cancer	1	2	3	4	5	6	7
32. Vous avez réalisé qu'avoir eu un cancer vous aide à mieux gérer les problèmes aujourd'hui	1	2	3	4	5	6	7
33. Vous avez pris conscience de votre apparence du fait de votre cancer ou de ses traitements	1	2	3	4	5	6	7
34. Vous avez craint de savoir si les membres de votre famille pourraient avoir des prédispositions au cancer	1	2	3	4	5	6	7
35. Vous vous êtes sentie peu attirante du fait de votre cancer	1	2	3	4	5	6	7
36. Vous avez craint de mourir en raison de votre cancer	1	2	3	4	5	6	7
37. Vous avez eu des problèmes de prêt, de crédit ou d'assurance en raison de votre cancer	1	2	3	4	5	6	7
38. Vous avez été gênée par la perte de cheveux consécutive au traitement de votre cancer	1	2	3	4	5	6	7
39. Vous craigniez une rechute éventuelle de votre cancer	1	2	3	4	5	6	7
40. Vous avez senti que le cancer vous a aidé à reconnaître ce qui est important dans la vie	1	2	3	4	5	6	7

	Jamais	Rarement	Parfois	Ni plus ni moins	Fréquem-ment	Très souvent	Toujours
41. Vous vous êtes sentie plus capable de gérer le stress depuis que vous avez eu un cancer	1	2	3	4	5	6	7
42. Vous vous êtes inquiétée de ce que des membres de votre famille devraient passer des tests génétiques pour le cancer	1	2	3	4	5	6	7
43. Vous avez eu des problèmes financiers en raison de votre cancer	1	2	3	4	5	6	7
44. Vous avez senti que des personnes vous considéraient différemment à cause de changements dans votre apparence liés à votre cancer ou à son traitement	1	2	3	4	5	6	7
45. Vous avez eu des problèmes financiers en raison d'une perte de revenu liée à votre cancer	1	2	3	4	5	6	7
46. Chaque fois que vous avez ressenti de la douleur vous avez craint un retour du cancer	1	2	3	4	5	6	7
47. Vous avez été préoccupée par des questions concernant votre cancer	1	2	3	4	5	6	7

48. Aujourd'hui de quelle façon vous sentez-vous heureuse ou malheureuse ? Veuillez placer un « X » sur la ligne ci-dessous pour indiquer comment vous vous sentez actuellement.



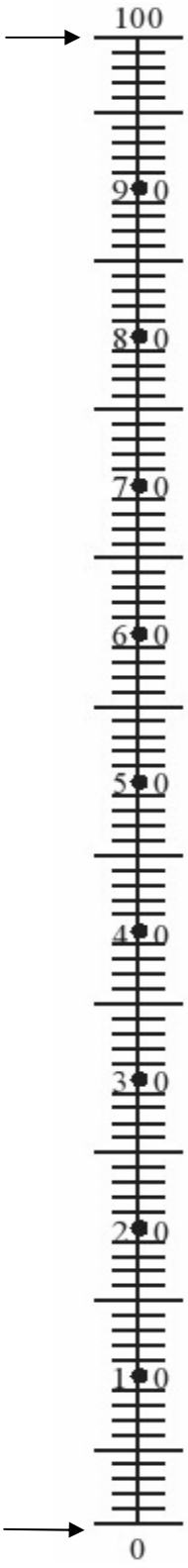
49. Nous souhaitons savoir dans quelle mesure votre état de santé actuel est, selon votre opinion, bon ou mauvais. Pour cela, nous avons tracé une échelle (ressemblant à un thermomètre) sur laquelle le meilleur état de santé que vous puissiez imaginer est noté 100 et le pire état de santé imaginable est noté 0.

Meilleur état de santé imaginable

Nous souhaitons que vous indiquiez sur l'échelle à quel point votre état de santé <u>actuel</u> est bon ou mauvais selon vous.

Pour cela, placez une flèche partant de la boite ci-dessous jusqu'à un point de l'échelle pour indiquez à quel point votre état de santé est bon ou mauvais.

Votre état de santé actuel



Pire état de santé imaginable

QUESTIONNAIRES PSYCHOLOGIQUES

Voici différents états. D'une façon générale, indiquez **si vous les éprouvez** "très peu", "parfois", "de temps en temps", "souvent", "très souvent" en cochant la case correspondante. Merci de bien répondre à toutes les questions.

	Très peu	Parfois	De temps en temps	Souvent	Très souvent
1. Intéressée, curieuse, motivée.					
2. Angoissée.					
3. Excitée, animée, éveillée.					
4. Contrariée.					
5. Forte.					
6. Coupable.					
7. Effrayée.					
8. Hostile.					
9. Enthousiaste.					
10. Fière.					
11. Irritable.					
12. Alerte, vigilante.					
13. Honteuse.					
14. Inspirée, stimulée.					
15. Nerveuse.					
16. Déterminée.					
17. Attentive, soigneuse.					
18. Froussarde.					
19. Active.					
20. Craintive.					

Pour chacune des propositions présentées dans le tableau ci-dessous, indiquez votre degré d'accord en choisissant une des cinq possibilités proposées.

Placez une croix dans la case correspondant à votre choix.

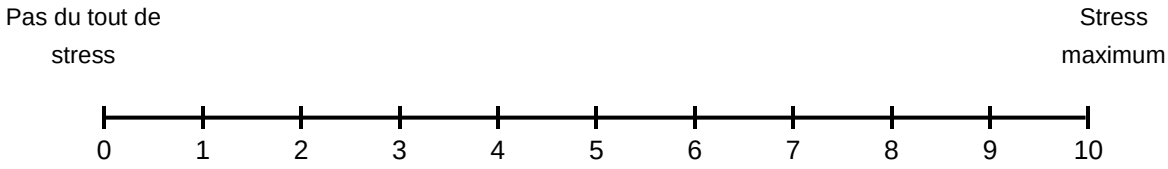
Merci de bien répondre à toutes les propositions.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Dans les moments d'incertitude, je m'attends généralement à la meilleure issue possible.					
Cela m'est facile de me détendre.					
Quand quelque chose doit aller mal pour moi, ça va mal.					
Je suis toujours optimiste au sujet de mon avenir.					
J'apprécie beaucoup mes amis.					
C'est important pour moi de rester occupée.					
Je m'attends rarement à ce que les choses s'arrangent pour moi.					
Je ne suis pas facilement bouleversée.					
Je m'attends rarement à ce que des choses positives m'arrivent.					
Dans l'ensemble, je m'attends à ce qu'il m'arrive plus de bonnes choses que de mauvaises.					

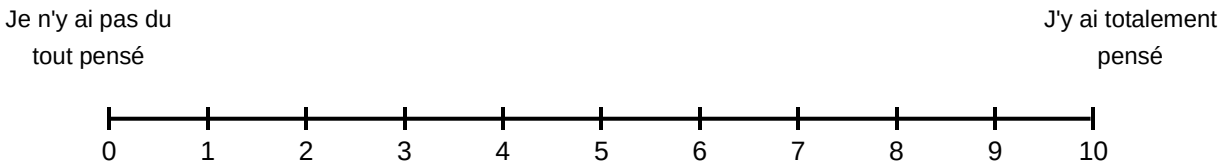
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Quand je fais des projets, je suis presque certaine de les mener à bien.					
Pour réussir dans la vie, il faut surtout être au bon endroit au bon moment.					
Ce qui m'arrive dépend de moi-même.					
Beaucoup d'événements désagréables, de malheurs dans la vie sont dus en partie à la malchance.					
Réussir dépend des capacités de chacun et n'a rien à voir avec la chance.					
Souvent, je sens que j'ai peu d'influence sur ce qui m'arrive.					

Vous avez eu un cancer du sein.

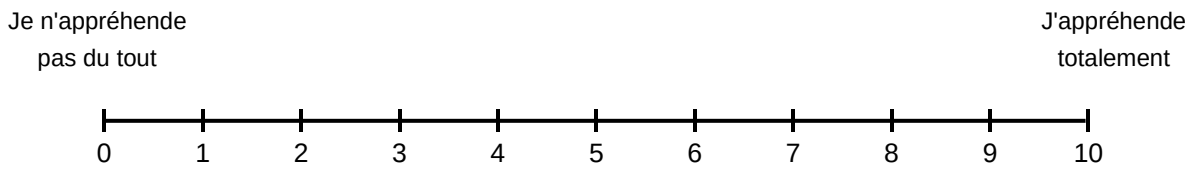
I. Préciser l'intensité de malaise, de stress qu'a suscité chez vous ce cancer du sein sur une échelle de 0 à 10, en entourant un des chiffres ci-dessous :



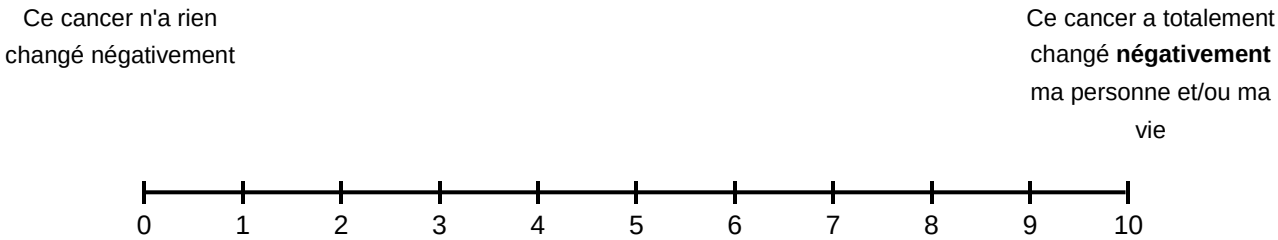
II. Dans quelle mesure avez-vous pensé que vous pouviez mourir de ce cancer ? Entourez, svp, un des chiffres ci-dessous :



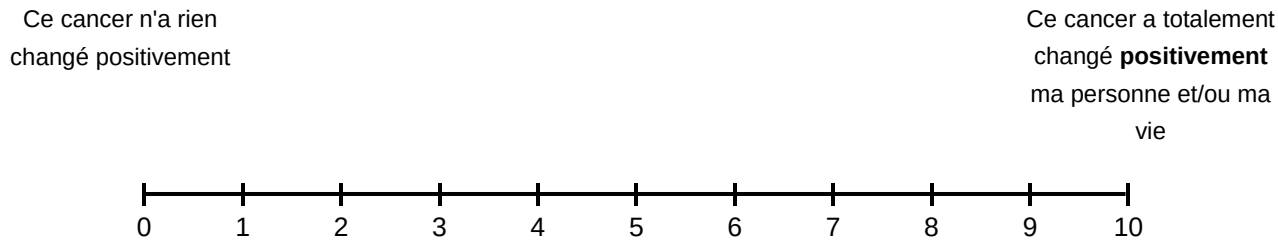
III. D'une façon générale, à quel point appréhendez-vous le fait de mourir ? Entourez, svp, un des chiffres ci-dessous :



IV. Globalement, à quel point diriez-vous que votre cancer du sein a changé **négativement** votre personne et/ou votre vie?



V. Globalement, à quel point diriez-vous que votre cancer du sein a changé **positivement** votre personne et/ou votre vie?



Dans quelle mesure avez-vous utilisé les différentes stratégies ci-dessous pour faire face à votre cancer du sein ? Placez une croix dans la case correspondante.

Merci de répondre à toutes les questions

Face à mon cancer du sein :	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
1 – Je me suis tournée vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.				
2 – J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.				
3 – Je me suis dit que ce n'était pas réel.				
4 – J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.				
5 – J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.				
6 – J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.				
7 – J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.				
8 – J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.				
9 – J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.				
10 – J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes.				
11 – J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.				
12 – Je me suis critiquée.				
13 – J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a avait à faire.				
14 – J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.				
15 – J'ai abandonné l'espoir de faire face.				
16 – J'ai pris la situation avec humour.				

Face à mon cancer du sein :	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
17 – J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, dormir ou faire les magasins etc.).				
18 – J’ai exprimé mes sentiments négatifs.				
19 – J’ai essayé d’avoir des conseils ou de l’aide d’autres personnes à propos de ce qu’il fallait faire.				
20 – J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.				
21 – J'ai refusé de croire que ça m’arrivait.				
22 – J'ai consommé de l’alcool ou d’autres substances pour m’aider à traverser la situation.				
23 – J’ai appris à vivre avec ma nouvelle situation.				
24 – J'ai planifié les étapes à suivre.				
25 – Je me suis reprochée les choses qui m’arrivaient.				
26 – J'ai recherché les aspects positifs dans ce qui m’arrivait.				
27 – J'ai prié ou médité.				
28 – J'ai ri de la situation.				

Lors de votre cancer du sein, peut-être avez-vous reçu un soutien de la part de votre entourage.

Pour chacune des 4 questions suivantes, merci d'indiquer votre satisfaction par rapport au soutien que vous avez reçu, respectivement de votre famille, vos amis, vos collègues et des soignants rencontrés, suivant la cotation suivante :

1	2	3	4	5
Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Moyennement satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait

Merci de bien répondre à toutes les questions.

Si à l'époque de votre cancer vous n'aviez pas (ou n'aviez pas encore eu) d'activité professionnelle, merci de rayer la colonne " *collègues*".

1. Globalement et par rapport à vos attentes, avez-vous été satisfaite du **réconfort** et de **l'écoute** que vous avez reçus de la part :	de votre famille	de vos amis	de collègues	des soignants rencontrés
Réponses de 1 : pas du tout, à 5 : tout à fait				

2. Globalement et par rapport à vos attentes, avez-vous été satisfaite de **l'aide concrète (on s'est occupé de vous) et/ou matérielle** que vous avez reçue de la part de **:**	de votre famille	de vos amis	de collègues	des soignants rencontrés
Réponses de 1 : pas du tout, à 5 : tout à fait				

3. Globalement et par rapport à vos attentes, avez-vous été satisfaite des **conseils**, **informations**, **suggestions** que vous avez reçus de la part de :	de votre famille	de vos amis	de collègues	des soignants rencontrés
Réponses de 1 : pas du tout, à 5 : tout à fait				

4. Certaines personnes de votre entourage (famille/amis/collègues/soignants) ont peut-être tenté de **vous redonner confiance en vous** : globalement et par rapport à vos attentes, avez-vous été satisfaite d'eux sur ce point là?	Famille	Amis	Collègues	Soignants
Réponses de 1 : pas du tout, à 5 : tout à fait				

Nous allons maintenant vous interroger sur les éventuels changements que le cancer du sein a pu provoquer chez vous, et qui perdurent encore aujourd'hui.

Merci de répondre à toutes les propositions.

Du fait de mon cancer du sein :	Pas du tout	Très peu	Peu	Un peu	Beau-coup	Total-ement
1. J'ai changé de priorités dans la vie.						
2. J'apprécie plus ma vie à sa vraie valeur.						
3. Je me suis intéressée à de nouvelles choses.						
4. J'ai acquis plus de confiance en moi.						
5. J'ai développé une certaine spiritualité.						
6. Je vois mieux que je peux compter sur les autres en cas de problème.						
7. J'ai donné une nouvelle direction à ma vie.						
8. Je me sens plus proche des autres.						
9. Je suis plus encline à exprimer mes émotions.						
10. Je suis davantage capable de gérer des situations difficiles.						
11. Je fais de ma vie quelque chose de meilleur.						
12. J'accepte mieux la façon dont les choses se passent.						
13. J'apprécie davantage chaque jour de ma vie.						
14. De nouvelles opportunités sont apparues qui ne seraient pas apparues autrement.						

Du fait de mon cancer du sein :	Pas du tout	Très peu	Peu	Un peu	Beau-coup	Total-ement
15. J'ai plus de compassion pour les autres.						
16. J'investis plus mes relations aux autres.						
17. J'essaie davantage de changer les choses qui ont besoin d'être changées.						
18. J'ai une foi religieuse plus grande.						
19. J'ai découvert que je suis plus forte que ce que je pensais.						
20. J'ai vraiment compris à quel point les gens pouvaient être formidables.						
21. J'accepte mieux le fait d'avoir besoin des autres.						

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Nous vous rappelons que toutes les réponses que vous avez fournies seront traitées de manière anonyme et confidentielle.

L'équipe de recherche - ERSSCa

Qualité de vie et développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein

Objectifs : Cette recherche a pour objectifs de décrire et surtout d'expliquer la qualité de vie et le développement post-traumatique (changements positifs psychologiques vécus suite à un événement de vie difficile) de femmes étant actuellement de 5 à 15 ans du diagnostic d'un cancer du sein, en comparaison avec d'autres n'ayant pas eu le cancer et faisant référence à l'événement le plus difficile vécu dans les 15 dernières années de leur vie. **Méthode** : Cette étude transversale a été menée par questionnaires auprès de 307 femmes ayant eu le cancer et 132 femmes constituant une population contrôle. Des entretiens semi directifs, conduits auprès de 28 femmes anciennement cancéreuses ont complété les questionnaires dans l'appréhension du développement post-traumatique après le cancer. **Résultats** : La qualité de vie des femmes à long terme du cancer est satisfaisante et comparable à celle de la population contrôle. Bien que des changements positifs soient effectivement déclarés, ils ne semblent pas spécifiques au cancer. Dans les deux populations, la qualité de vie mentale dépend essentiellement de la personnalité et du soutien perçu, la qualité de vie physique de variables sociodémographiques, médicales et des séquelles laissées par l'événement, le développement post-traumatique du coping. **Conclusion** : Dans l'ensemble et à long terme, le cancer ne paraît pas plus délétère que d'autres événements difficiles sur la qualité de vie. Il convient néanmoins de ne pas minimiser l'impact d'un cancer du sein dans la vie d'une femme.

Mots clefs : qualité de vie, développement post-traumatique, cancer du sein, personnalité, coping, soutien social

Quality of life and post-traumatic growth in long term breast cancer survivors

Objectives: This research addresses the issue of description and prediction of quality of life and post-traumatic growth (experience of positive psychological changes) in women who lived five to fifteen years after a diagnosis of breast cancer. The comparison is a control population of healthy women referring to the most stressful experience of their lives within a period of fifteen years. **Method:** This cross-sectional study was conducted through questionnaires in 307 long-term breast cancer women and 132 healthy women. In the interest of a better understanding of the nature of post-traumatic growth, semi-structured interviews were also carried out in 28 breast cancer women. **Results:** The quality of life in breast cancer cases is good and equal to that recorded in the control population. Post-traumatic growth is observed following breast cancer but is not restricted to this category. In both populations, mental quality of life is mainly linked to personality and physical quality of life to socio-demographic and medical variables as well as the consequences of cancer (or other traumatic events). It should be noted, moreover, that with regard to post-traumatic growth the key factor is that of coping. **Conclusion:** Overall, long-term quality of life after breast cancer does not seem to be more impaired than after other stressful events. Nevertheless, we should bear in mind that breast cancer remains a major stressful life event for women.

Key words: quality of life, post-traumatic growth, breast cancer, personality, coping, social support