Table des matières

Sommaire iii

Liste des tableaux ix

Liste des figures x

Remerciements xi

Introduction 1

Contexte théorique 5

Le cancer et ses répercussions 6

Les défis à relever 6

La détresse et le risque de chronicisation des émotions difficiles 9

La prévalence des troubles cliniques 11

La qualité de vie en oncologie 13

Définition de la qualité de vie 13

Place de la qualité de vie en oncologie 14

Facteurs qui influencent la qualité de vie 14

Les ruminations mentales 17

Définition 17

Les deux types de rumination : PAA et PCE 21

Influence des ruminations sur la qualité de vie en oncologie 22

Les ruminations comme stratégie d'évitement ou comme tentative de donner un sens à la maladie? 23

Les interventions psychosociales traditionnelles auprès des personnes atteintes de cancer 24

Spécificité des interventions psychosociales en oncologie 25

Les interventions psychosociales visant la qualité de vie 28

Les interventions transdiagnostiques en oncologie : cibler les processus au-delà de la symptomatologie 31

Les interventions sur les ruminations dans le contexte du cancer 32

Les interventions liées à la TAC et à l'ACT en oncologie 34

Le Programme ACTION 35

La visée préventive du Programme 36

Les fondements théoriques : coup d'œil au cœur de la TAC et de l'ACT 36

Intérêt du Programme ACTION pour l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des ruminations mentales 42

Intérêt du Programme ACTION pour répondre aux limites des interventions traditionnelles en oncologie 43

Intérêt et apport de la présente étude 45

Objectif et hypothèses 46

Méthode 47

Devis de recherche 48

Participants 48

Instruments de mesure 55

Questionnaire d'informations sociodémographiques et médicales 55

La qualité de vie : MQOL 55

Les ruminations mentales : Mini-CERTS 56

Procédure 57

Collecte de données 57

L'intervention psychothérapeutique : Le Programme ACTION 58

Plan d'analyses statistiques 60

Résultats 62

Qualité de vie 63

Item unique 63

Bien-être physique 68

Symptômes physiques 68

Bien-être psychologique 68

Bien-être existentiel 69

Soutien social 70

Score total 70

Ruminations mentales 71

Ruminations négatives (PAA) 71

Ruminations positives (PCE) 72

Discussion 73

Qualité de vie 74

Ruminations mentales 79

Ruminations mentales négatives 79

Ruminations mentales positives 81

Limites de l'étude 84

Conclusion 87

Références 93

Appendice A. Aperçu des thèmes des ateliers du Programme ACTION 112

Appendice B. Questionnaire sociodémographique du Programme ACTION 115

Appendice C. Questionnaire de McGill sur la qualité de vie 119

Appendice D. Questionnaire de la version abrégée de la *Cambridge Exeter Repetitive Thoughts* Scale (Mini-CERTS) 125

Appendice E. Choix des matrices corrélationnelles pour le test MLM à mesures répétées pour les variables de ruminations mentales et de qualité de vie 128

Liste des tableaux

Tableau

1 Les interventions psychosociales en fonction de la trajectoire de soins en oncologie, inspirées de Vallet et Christophe (2014) 27

2 Données sociodémographiques de l'échantillon en nombre et en pourcentage 51

3 Moyennes et écarts-types des données sociodémographiques de l'échantillon 53

4 Moyenne et écart-type des ruminations et de la qualité de vie de l'échantillon en fonction des quatre temps de mesures 65

5 Application d'un modèle linéaire mixte (MLM) à mesures répétées pour les variables de rumination et de qualité de vie 66

6 Observation des différences avec le test de Student en fonction des temps de mesure pour les ruminations et la qualité de vie 67

Liste des figures

Figure

1 Représentation schématique du processus de rumination. 19

2 Thérapie d'Activation Comportementale (TAC) pour la dépression issue de Dondé, Moirand et Carre (2018) d'après Manos, Kanter et Busch (2010). 39

3 Les six processus centraux de l'ACT représenté sous forme d'hexaflex, tiré de Harris (2017, p. 28)..... 41

4 Flux du participant..... 54

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directeurs, qui ont su, en bons parents, accueillir avec bienveillance l'ensemble de mes états émotionnels, tout en plaçant un cadre sécurisant. Madame Blais, vous représentez pour moi une main tendue à l'autre bout de l'Atlantique. Vous m'avez aidée à construire ma pensée et à soutenir mes efforts, je ne vous remercierai jamais assez. Monsieur Dionne, merci d'avoir pris le relais ces derniers mois et de m'avoir accompagnée dans le sprint final, malgré mon niveau élevé de détresse (9/10).

Un merci chaleureux à l'ensemble des participants du Programme ACTION que j'ai eu le plaisir d'avoir au téléphone régulièrement pendant la recherche. Je remercie également l'ensemble des personnes qui ont contribué de près ou de loin au Programme.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professeurs du département de psychologie qui ont jalonné la route de mon parcours doctoral et qui m'ont permis d'avancer sur le chemin de la recherche, mais aussi de la clinique. Merci pour l'accueil de ma différence culturelle.

Je remercie aussi les membres du jury qui ont donné de leur temps pour l'analyse et la critique de cet essai.

clicours.com

Sur une teinte plus émotionnelle, je tiens chaleureusement à remercier mes proches, amis et famille, pour leur soutien inconditionnel dans la poursuite de ces études doctorales. Une pensée particulière pour mon grand-père, qui restera à tout jamais dans mon cœur.

Introduction

En raison des avancées scientifiques des dernières décennies, la prise en charge médicale s'est considérablement améliorée pour traiter les maladies physiques. De ce fait, deux phénomènes mondiaux sont apparus peu après la Seconde Guerre mondiale : l'allongement de la durée de vie et l'augmentation du vieillissement de la population (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2012). Pour autant, l'allongement de la durée de vie ne rime pas nécessairement avec condition de vie optimale, puisque les maladies dites « chroniques » sont en perpétuelle augmentation avec l'avancée en âge et nuisent grandement à la qualité de vie de la personne qui en est atteinte (Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003). Les maladies chroniques sont définies par l'OMS (2012, en ligne) comme « tout problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou de plusieurs décennies » et peuvent nuire considérablement à la qualité de vie.

Les maladies chroniques constituent la principale cause de maladie et de décès dans le monde entier (OMS, 2005). Parmi ces maladies, on retrouve le cancer qui représente la principale cause de décès chez l'adulte, avant les maladies cardiovasculaires et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (Statistique Canada, 2014). Selon de récentes statistiques, 40 % des Canadiens développeront cette maladie au cours de leur vie (Société canadienne du cancer, 2015). Ce constat engendre un lourd fardeau pour le système de santé et de soins, car il nécessite l'intervention de professionnels de la santé (p. ex., oncologues, infirmiers) et le recours aux institutions (p. ex., CSSS, hôpitaux). Au

Québec, par exemple, les coûts engendrés par le cancer s'élevaient en 2008 à plus de 454 millions de dollars (Boucher & Beauregard, 2010).

Paradoxalement, les progrès médicaux pour lutter contre le cancer se sont faits au prix de traitements souvent lourds et prolongés (National Comprehensive Cancer Network, 2010). Outre les traitements exigeants, l'expérience du cancer engendre des répercussions émotionnelles, cognitives et socioprofessionnelles à long terme pour les personnes qui en sont atteintes (Boinon, Charles, Dauchy, & Sultan, 2011). Vivre avec une maladie chronique comme le cancer nécessite en effet une adaptation longue et constante pour l'individu qui est confronté à de multiples défis tout au long de sa trajectoire de soins (Carlson, 2017). Pour n'en citer que quelques-uns, l'individu doit composer avec le rythme des soins, la souffrance physique occasionnée par les traitements et leurs effets secondaires, les remaniements dans les relations avec l'entourage proche ou les ajustements avec les activités professionnelles (Cayrou & Dickes, 2008). Ces multiples défis engendrent inévitablement un lot d'émotions fortes et de questionnements existentiels.

Grâce aux progrès de la médecine, les objectifs de soins en oncologie ne sont plus exclusivement portés sur la survie (Bultz, 2016), mais s'étendent également au soulagement de la souffrance et à la prise en compte des répercussions induites par l'expérience du cancer et de ses traitements. Un pan de la recherche clinique actuelle tente d'améliorer la qualité de vie par la création d'interventions psychosociales spécifiques aux

défis des personnes atteintes de cancer. L'intervention qui fait l'objet de cette étude poursuit cet objectif. Le Programme ACTION est une intervention de groupe basée sur les thérapies comportementales et cognitives dites de « troisième vague ». Cet essai vise à documenter les effets de cette intervention sur deux composantes distinctes : la qualité de vie et les ruminations mentales.

Les sections présentées ci-après décriront l'expérience du cancer sur différentes facettes, avec un accent mis sur la qualité de vie et le processus de rumination des personnes atteintes d'un cancer. L'état actuel des connaissances sur les interventions psychosociales existantes en oncologie sera par la suite présenté. Le Programme ACTION sera ensuite décrit, tant dans sa forme que dans ses modèles théoriques. Les résultats de la présente étude viendront par la suite, pour terminer enfin avec la discussion et la conclusion de l'essai.

Contexte théorique

Le contexte théorique de la présente étude permettra d'explorer l'expérience du cancer, le concept de qualité de vie en oncologie et le processus de rumination mentale. De plus, les interventions psychosociales traditionnelles seront abordées, tout comme les interventions transdiagnostiques en oncologie. Le Programme ACTION sera alors décrit puisqu'il représente l'intervention au cœur de cet essai. Pour finir, les intérêts de cette étude seront explicités, tout comme l'objectif et les hypothèses de l'essai.

Le cancer et ses répercussions

Les capacités d'adaptation de la personne atteinte du cancer sont sollicitées tout au long de sa trajectoire de soins, que ce soit lors de l'annonce du diagnostic, des traitements, de la phase post-traitements, d'une éventuelle récidive ou encore, en phase palliative de la maladie ou durant la fin de vie. Les transitions à chacune de ces phases ou étapes constituent aussi des moments charnières où la détresse est d'autant plus susceptible d'être présente, autant en termes de prévalence que d'intensité (Fillion et al., 2014; Hewitt, Greenfields, & Stovall, 2006).

Les défis à relever

Le cancer a de multiples conséquences sur l'ensemble des sphères de la vie des personnes qui en sont atteintes tant sur ses dimensions physiques, sociales, psychologiques

ou spirituelles (Fitch, 2008). Chacune de ces dimensions sera explorée dans le but de se représenter au mieux l'expérience du cancer.

Malgré les nombreuses précautions médicales prises pour traiter le cancer, la majorité des traitements provoquent des effets secondaires (Frankel Kelvin & Tyson, 2011), lesquels seront d'intensité et de prévalence variables selon le traitement. Les effets secondaires peuvent se produire durant le traitement ou lorsqu'il se termine (p. ex., diarrhée, fatigue, baisse des numérations globulaires). D'autres effets secondaires peuvent apparaitre tardivement, soit plusieurs mois voire plusieurs années après la fin des traitements (p. ex., fatigue, infertilité, problèmes cardiaques). Néanmoins, des variations individuelles sont présentes selon le type de cancer (p. ex., cancer du sein, leucémie, sarcome) et le type de traitement (p. ex., chirurgie, chimiothérapie). Sur le plan physique, la maladie et les effets secondaires des traitements oncologiques peuvent ainsi altérer considérablement la qualité de vie du patient (Arndt, Merx, Stegmaier, Ziegler, & Brenner, 2005).

Sur le plan social, les contraintes liées au cancer peuvent perturber l'organisation familiale en modifiant les rôles et les responsabilités de chacun des membres (Delvaux, 2006). Cette maladie peut également créer un bouleversement pour l'entourage du patient (p. ex., les amis, la famille), lui aussi confronté aux émotions pénibles telle la peur de perdre un proche et l'incertitude face à l'avenir (Cohen & Cohen, 1981).

L'évènement de vie que représente le cancer implique nécessairement une rupture biographique (Sarradon-Eck, 2009) qui bouscule les projets de vie de la personne et de son entourage. La dimension spirituelle peut ainsi être sollicitée puisque la personne peut être amenée à requestionner le sens de sa vie, ses attentes, ses valeurs ou ses croyances (Desmedt & Shaha, 2013; Gaillard, Desmedt, & Shaha, 2013; Visser, Garssen, & Vingerhoets, 2010). À noter que le terme de spiritualité ne s'attache pas nécessairement à une croyance religieuse puisqu'elle renvoie de manière globale à la culture, aux aspirations et à l'histoire personnelle des personnes (Honoré, 2011).

Le cancer implique également un réel bouleversement sur le plan psychologique. Il suscite une série de réactions émotionnelles, habituellement décrites par Kübler-Ross (1985) comme les phases d'acceptation de la maladie (le déni, la colère, la négociation, l'isolement et l'acceptation), pouvant contribuer à la détresse psychologique (Alder, Bitzer, & Brédart, 2009). L'image du corps peut être également une source de souffrance psychologique (Ogden, 2014) puisque certains traitements oncologiques (p. ex., chirurgie, chimiothérapie) peuvent provoquer de lourds changements physionomiques (p. ex., mastectomie, alopécie). Des troubles cognitifs sont également observés (Anderson-Hanley, Sherman, Riggs, Agocha, & Compas, 2003) pour certains types de traitement (p. ex., chimiothérapie) ou de cancer (p. ex., cancer du cerveau) et peuvent également nuire à la qualité de vie des patients (National Comprehensive Cancer Network, 2010).

La détresse et le risque de chronicisation des émotions difficiles

Les préoccupations autour du diagnostic de cancer, ses traitements ou son pronostic sont nombreuses (p. ex., peur de la récidive, préoccupation concernant l'image corporelle, changement de rôle social) et peuvent susciter une gamme d'émotions variées telles que la tristesse, la peur ou la colère (Alexander et al., 2011; Philip & Kissane, 2017). Or, ces émotions, bien que naturelles, peuvent devenir un terreau fertile pour le développement de troubles cliniques comme l'anxiété ou la dépression (Krebber et al., 2014; Mitchell, Ferguson, Gill, Paul, & Symonds, 2013). Par exemple, l'impuissance face à la maladie peut provoquer de la tristesse et devenir réellement écrasante si elle perdure et contribuer de surcroit au développement de la détresse (Philip & Kissane, 2017).

La détresse est définie comme une expérience multifactorielle désagréable de nature psychologique, sociale et spirituelle, qui peut interférer avec les capacités d'adaptation pour faire face au cancer (National Comprehensive Cancer Network, 2010). Elle s'étend sur un continuum allant de sentiments normaux comme l'incertitude, la peur ou la tristesse à des difficultés plus chroniques et invalidantes (comme la dépression, l'anxiété, l'isolement social ou la panique). Un des risques majeurs en oncologie est que ces émotions pénibles se chronicisent en trouble clinique et alimentent la détresse psychologique.

La détresse représente donc un grand frein à la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer et elle est une cible de choix pour les interventions psychosociales en

cliCours.com

oncologie. De plus, bien qu'une grande proportion des personnes s'adaptent relativement bien à leur maladie (Jansen et al., 2011), le niveau de détresse psychologique demeure beaucoup plus élevé que dans la population générale (Phipps, Braitman, Stites, & Leighton, 2008). De surcroit, plus du tiers des patients atteints d'un cancer au Canada nécessiteraient l'intervention d'un professionnel de santé pour gérer leur détresse, bien que seulement 10 % d'entre eux y auraient réellement accès (Carlson et al., 2004; Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001). Au Canada, cet indicateur qu'est la détresse est si important qu'il est dorénavant considéré comme le sixième signe vital (après la température, la respiration, le pouls, la douleur et la pression sanguine) à prendre en compte pour évaluer les patients atteints de cancer (National Comprehensive Cancer Network, 2010).

La chronicisation des émotions pénibles et naturelles vers un trouble psychologique dans un contexte d'ajustement à la maladie peut ainsi nuire au fonctionnement de l'individu dans son quotidien et entraver son parcours de soins (Andersen, Rowland, & Somerfield, 2014). Par exemple, à la suite du choc provoqué par l'annonce du diagnostic d'un cancer, un patient pourrait éprouver des difficultés à se concentrer, devenir de plus en plus nerveux de telle sorte à désorganiser ses pensées et ses comportements, entrainant de surcroit une fatigue morale et physique plus généralisée et un manque d'observance à son traitement (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000).

Il y aurait donc un fort avantage pour les personnes atteintes d'un cancer à identifier leur détresse en amont, dans le but d'éviter sa chronicisation et une détérioration sous la forme de trouble clinique. Certaines thérapies en psychologie prennent en compte cette détresse psychologique et tentent d'intervenir en amont de sa chronicisation. C'est le cas notamment de la Thérapie d'Activation Comportementale (TAC) sur laquelle s'appuie l'intervention psychologique présentée dans cet essai, dont nous discuterons dans une section ultérieure.

La prévalence des troubles cliniques

Les nombreux défis reliés à l'arrivée du cancer peuvent provoquer la survenue de troubles cliniques. Des méta-analyses rapportent une prévalence de trouble dépressif persistant de 12 à 16 % chez la population atteinte d'un cancer (Krebber et al., 2014; Mitchell et al., 2013). Cette prévalence est quatre fois plus élevée que dans la population générale. Elle serait également sous-estimée (Newport & Nemeroff, 1998), car les symptômes causés par la maladie et les traitements s'apparentent aux symptômes de la dépression (p. ex., fatigue, perte d'appétit). Outre la dépression, les troubles anxieux toucheraient quant à eux 18 % de cette population (Mitchell et al., 2013). Les symptômes anxiodépressifs peuvent aussi persister après l'épisode de la maladie, avec la crainte de la récidive du cancer ou l'incertitude face à l'évolution de la maladie (Schroevers, Ranchor, & Sanderman, 2006). Plusieurs études observent que la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez la population oncologique perdure même quelques années après le diagnostic, en demeurant toujours plus importante que dans la population générale

(Burgess et al., 2005; Korfage, Essink-Bot, Janssens, Schröder, & De Koning, 2006). Une méta-analyse de Mitchell et ses collègues (2011) met également en avant que les troubles d'adaptation sont présents chez un quart des personnes atteintes de cancer.

Différents symptômes cliniques sont également concomitants avec le diagnostic de cancer et peuvent entrer dans le tableau clinique de différents troubles cliniques. Ces troubles sont principalement dus aux effets secondaires des traitements anticancéreux ou à la maladie à proprement parler. Les troubles de sommeil, par exemple, sont présents chez 30 à 85 % de la population atteinte de cancer (Rhondali & Filbet, 2012). Une perte de poids et un manque d'appétit sont également observés chez plus de la moitié des personnes atteintes de cancer (Hébuterne, 2015). La fatigue est également le symptôme le plus couramment observé chez les personnes atteintes de cancer (Servaes, Verhagen, & Bleijenberg, 2002). Bien que la fatigue diminue la plupart du temps après les traitements, elle devient chronique pour plus du tiers des patients (Goedendorp, Gielissen, Verhagen, & Bleijenberg, 2013).

La présence simultanée de détresse, d'émotions pénibles, de symptômes ou de troubles cliniques nécessite qu'une prise en charge globale soit réalisée auprès des patients vivant l'expérience du cancer. Actuellement, l'objectif n'est donc plus seulement d'augmenter la longévité des patients atteints de cancer, mais aussi d'améliorer ou de préserver leur qualité de vie (Brédart & Dolbeault, 2005).

La qualité de vie en oncologie

À la vue des nombreux défis reliés à l'expérience du cancer, la prise en compte de l'ensemble des dimensions de la personne (psychologique, physique, sociale et spirituelle) est devenue primordiale en oncologie. Le critère le plus pertinent en oncologie pour rendre compte du caractère multidimensionnel de cette expérience est sans nul doute la qualité de vie. Elle représente un critère centré sur le patient qui permet d'obtenir de réels bénéfices cliniques, en complément de ceux centrés sur la maladie (Bonnetain & Joly, 2017).

Définition de la qualité de vie

La qualité de vie a été définie par l'OMS comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de sa culture et du système de valeurs dans lequel il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (Patrick & Erickson, 1993, p. 26). De ce fait, le concept de qualité de vie regroupe généralement deux dimensions fondamentales : celle de la subjectivité et celle de la multi-dimensionnalité (Cella, 2007). La première dimension réfère à l'appréciation personnelle du patient de son niveau de fonctionnement global par rapport à son propre idéal. La deuxième dimension renvoie au construit global de la qualité de vie, qui prend généralement en compte quatre dimensions : physique, psychologique, sociale et existentielle (Brédart & Dolbeault, 2005). Bien que ce critère soit reconnu dorénavant comme un concept multidimensionnel et subjectif (Brédart & Dolbeault, 2005), il était à l'origine exclusivement porté sur la sphère physique des patients et soumis à l'unique

évaluation du médecin (Karnofsky & Burchenal, 1949). Malgré le fait que la qualité de vie soit un critère fondamental, il n'existe encore pas de consensus dans la littérature quant à sa définition formelle (Bonnetain & Hebbar, 2015). Les limites exposées sont principalement dues à des faiblesses conceptuelles (p. ex., absence de consensus de la définition, caractère subjectif du concept) et méthodologiques (p. ex., multiples dimensions évaluées qui peuvent être différentes selon les auteurs).

Place de la qualité de vie en oncologie

En oncologie, la qualité de vie est reconnue comme le deuxième critère de jugement, après la survie, dans la prise de décision médicale pour évaluer l'efficacité d'un traitement selon l'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO; Maingon et al., 2010). De ce fait, l'évaluation du bien-être subjective du patient en oncologie (p. ex., douleur due au traitement, sentiment de désespoir) serait un indicateur tout aussi important que les données médicales brutes (p. ex., température corporelle) pour préciser le pronostic vital (Quinten et al., 2009) et pour estimer la réponse positive à la chimiothérapie (Cella & Patel, 2008; Gralla, Hollen, Eberley, & Cox, 1995). La qualité de vie a donc une place centrale en oncologie.

Facteurs qui influencent la qualité de vie

Plusieurs études ont cherché à analyser les facteurs susceptibles d'altérer ou d'améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer. La plupart d'entre elles ont cherché à savoir si les caractéristiques propres du cancer (p. ex., site tumoral) ou des

traitements (p. ex., chimiothérapie, radiothérapie) avaient une influence sur la qualité de vie des patients. Il a été démontré que certains types de cancer (p. ex., cancer du poumon) seraient susceptibles d'altérer davantage la qualité de vie (Parker et al., 2003). Cependant, les caractéristiques de la maladie influenceraient exclusivement la dimension physique (ou objective) de la qualité de vie (Le Corroller-Soriano, Bouhinik, Auquier, & Moatti, 2008). En effet, la qualité de vie subjective (ou psychologique) des participants ne serait pas influencée par le site du cancer (c'est-à-dire sa localisation, p. ex., sein, tête et cou, sang). Il semblerait en revanche que le ressenti subjectif des séquelles par les personnes atteintes de cancer ait un rôle fondamental sur leur qualité de vie psychologique (Le Corroller-Soriano et al., 2008). Le ressenti subjectif de la maladie et de ses traitements (Ashley, Marti, Jones, Velikova, & Wright, 2015) serait relié aux croyances de la personne concernant sa maladie (représentation cognitive) et à ses réactions émotionnelles (représentation émotionnelle). D'autres études ont cherché à savoir quelles caractéristiques sociales, psychologiques et spirituelles augmentaient ou diminuaient la qualité de vie des patients atteints de cancer. Au niveau social, plusieurs études ont montré qu'un soutien familial et amical de qualité serait associé à une meilleure qualité de vie (Cicero, Lo Coco, Gullo, & Lo Verso, 2009). Au niveau psychologique, une personne qui rapportait un esprit combatif face à la maladie et qui utiliserait l'humour aurait une meilleure qualité de vie (Cicero et al., 2009). Au niveau spirituel, quelques études observent que le fait de se sentir en harmonie et de donner un sens à l'expérience augmente significativement la qualité de vie (Rippentrop, Altmaier, & Burns, 2006; Sawatzky, Ratner, & Chiu, 2005). Le fait d'être ou de ne pas être croyant n'aurait cependant pas

d'incidence sur la qualité de vie (Rippentrop et al., 2006). D'autres études se sont intéressées aux facteurs sociodémographiques susceptibles d'influencer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer. Selon ces dernières, la qualité de vie tendrait à augmenter avec le revenu et le niveau d'étude (Gupta, Lis, & Grutsch, 2007; Parker et al., 2003). Aussi, les femmes rapporteraient également une moins bonne qualité de vie que les hommes (Baider, Perez, & De-Nour, 1989). Enfin, la qualité de vie objective (ou physique) tendrait à diminuer avec l'âge, tandis que la qualité de vie subjective (ou psychologique) tendrait, elle, à augmenter avec l'âge (Broeckel, Jacobsen, Balducci, Horton, & Lyman, 2000; Cimprich, Ronis, & Martinez-Ramos, 2002; Parker et al., 2003).

Les caractéristiques qui nuisent à la qualité de vie des personnes atteintes de cancer ou qui l'améliorent, et qui sont présentées dans cette partie, sont souvent des facteurs incontrôlables ou externes pour l'individu (p. ex., le site tumoral, l'âge, le genre, le revenu). D'autres caractéristiques qui influencent la qualité de vie peuvent cependant être de nature plus contrôlable ou interne, et donc permettre à l'individu d'exercer un certain pouvoir sur celles-ci. C'est le cas notamment des processus cognitifs qui permettent à l'individu de s'approprier l'expérience de sa maladie. Le cancer est une expérience de vie difficile, qui provoque son lot de défis à surmonter et d'émotions désagréables auxquelles faire face. Cette expérience singulière provoque chez l'individu une nécessaire intégration d'informations nouvelles, qui viennent remettre en question ses projets de vie actuels et futurs (p. ex., est-ce que je pourrai continuer à travailler autant avec un cancer? Est-ce que je peux encore m'occuper de mes enfants même si je risque d'être très fatigué? Delevallez,

Liénard, Gibon, & Razavi, 2014). Une manière d'y faire face est d'amorcer un processus de réflexion sur le cancer et ses répercussions, dans le but de trouver des solutions efficaces pour s'y ajuster (Krystal, 1993). Dans certains cas, cependant, ce processus cognitif n'aboutit pas à une résolution de problème efficace et peut au contraire nuire à la personne, l'empêchant d'avancer. Ce processus est appelé « rumination mentale » et peut générer une succession d'émotions pénibles susceptible de générer des troubles cliniques, comme l'anxiété ou la dépression.

Les ruminations mentales

La prochaine section est entièrement dédiée au processus de rumination mentale qui est pertinent à comprendre, tant du point de vue de la clinique que de la recherche. Les ruminations ont en effet fait l'objet de nombreuses recherches ces trois dernières décennies (Baeyens, 2016).

Définition

Les ruminations sont définies couramment comme « le fait de ressasser toujours des pensées à caractère obsessionnel, qui ne peuvent être éliminées du champ de la conscience » (Le Grand Robert de la langue française, 2017, p. 238). Malgré cette définition péjorative, les pensées répétitives peuvent avoir des effets tant positifs que négatifs. La littérature (Lam et al., 2013) distingue en effet les ruminations mentales qui mènent vers une résolution de problèmes concrets (ruminations mentales dites positives ou Pensées Concrètes Expérientielles; PCE) de celles qui tendent plutôt à accroitre et à

maintenir la détresse (ruminations mentales dites négatives ou Pensées Abstraites et Analytiques; PAA). Cette distinction entre les deux types de ruminations suppose qu'il existe une différence dans la fonction des pensées répétitives (Teasdale, 1999). Cette différence a été empiriquement confirmée par Watkins (2004) qui se fonde sur le modèle des Systèmes Cognitifs Interactifs (SCI; Teasdale & Barnard, 1993) et la théorie de la concrétude réduite (Stöber & Borkovec, 2002).

Selon le modèle des SCI, les pensées répétitives forment une boucle cognitive de rétroaction composée de plusieurs éléments (schéma, pensée, image) qui s'activent entre eux de manière automatique (voir Figure 1, Teasdale, 1993). D'une manière simplifiée, la boucle est mise en activation à partir d'un stimulus (externe ou interne) qui déclenche une pensée ou une image y étant rattachée. Cette activation automatique forme un processus de diffusion sur le plan mnésique qui s'autoalimente avec d'autres pensées et d'autres images (Philippot, 2016). Les schémas cognitifs (p. ex., recherche d'approbation et reconnaissance) peuvent également participer à cette contagion. Ils représentent en effet des interprétations personnelles et automatiques de la réalité qui guident l'interprétation de l'information (p. ex., « si je suis malade, les gens vont moins m'aimer »), et forment une boucle de verrouillage cognitif (Philippot, 2007). La théorie de la concrétude réduite stipule quant à elle que le contenu des pensées dans les ruminations négatives est de nature abstraite, très générale et qui manque de détails (Stöber & Borkovec, 2002). Les pensées s'enchainent, toutes plus abstraites les unes que les autres, et ne permettent donc pas d'aboutir au processus de résolution des difficultés (Ismaili, 2013). Sans stratégies de

résolution de problème précise, l'humeur dépressive ou anxieuse est préservée et la pensée est verrouillée dans une boucle qui alimente la rumination (Borkovec, Ray, & Stöber, 1998).

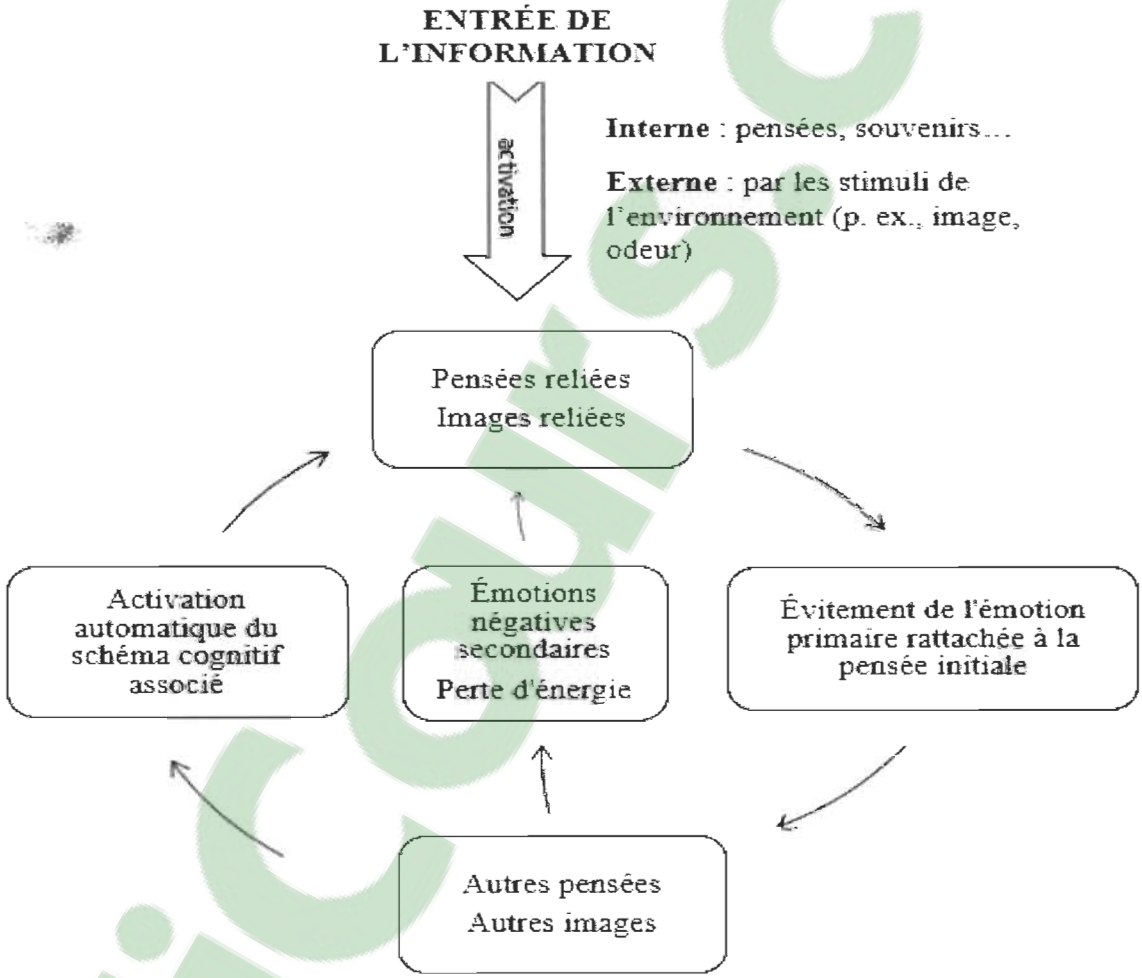

Figure 1. Représentation schématique du processus de rumination.

Face à ce cercle vicieux et à l'apparition de nouvelles pensées automatiques désagréables, l'individu tentera naturellement de les supprimer, car ses pensées sont reliées à des émotions pénibles (voir Figure 1). Pour autant, et sans le vouloir, le fait

d'ignorer ces émotions désagréables tend à entretenir la rumination (Philippot, 2007). Les stratégies d'évitement sollicitées par la personne auront en effet pour conséquence perverse de créer un effet « boomerang » : chaque effort de la personne pour éviter de ressentir une émotion pénible sera systématiquement suivi d'un retour en mémoire beaucoup plus fréquent et intense que dans le déclencheur initial (Debenedetti & Gomez, 2006). Les ressources déployées pour éviter de se connecter à ses émotions sont considérables et sont reliées à une forte baisse d'énergie (Watkins, 2016). Le processus de rumination négatif peut donc être vu comme une stratégie d'évitement émotionnel, car la personne n'est plus en contact avec son expérience immédiate (Watkins, 2004).

Depuis plus de vingt ans, les recherches ont identifié que le processus de ruminations mentales négatives (PAA) serait un des mécanismes cognitifs les plus importants impliqués dans l'apparition et le maintien de la dépression et de l'anxiété (Watkins, 2016), particulièrement fréquent chez les patients atteints d'un cancer (Krebber et al., 2014; Mitchell et al., 2013). Il a notamment été démontré qu'un niveau élevé de ruminations à la phase diagnostique du cancer constituerait un prédicteur significatif de la présence plus importante de symptômes dépressifs huit mois plus tard (Thomsen et al., 2013). Malgré l'importance du processus de rumination dans le développement de troubles cliniques et la diminution de la qualité de vie, les approches transdiagnostiques actuelles n'intègrent pourtant que rarement le processus de rumination comme cible de traitement (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, & Dalgleish, 2015).

Les deux types de rumination : PAA et PCE

Plusieurs recherches scientifiques descriptives ont permis d'étudier en profondeur les deux types de ruminations. Les ruminations négatives (ou PAA) auraient un effet délétère à la fois sur l'humeur des patients atteints d'un cancer et celle de leurs conjoint(e)s (Steiner, Wagner, Bigatti, & Storniolo, 2014). Les PAA alimenteraient également les symptômes anxieux des patients (Priede, González-Blanch, Herrán, & Hoyuela, 2013). Le processus de rumination négative a en effet pour conséquence d'augmenter l'humeur dysphorique (Dionne & Neveu, 2010) et d'engendrer une perte importante d'énergie. Les PAA ont également pour conséquence de diminuer la qualité de vie, de devenir un obstacle à l'action particulièrement requise dans le parcours de soins du patient (Bridou & Aguerre, 2010; Watkins, 2008) et de freiner son adaptation émotionnelle (Watkins, 2008). Il s'agit donc d'un processus cognitif central dans les troubles anxio-dépressifs qui aurait avantage à être abordé avec les patients atteints de cancer pour les « équiper » de façon à limiter ces impacts négatifs potentiels.

Quant à elles, les ruminations mentales positives (ou PCE) favorisent une attitude fonctionnelle et réaliste, centrée sur ce qui se passe dans le moment présent (Watkins, 2008). La personne qui active les PCE de manière automatique (Philippot, 2007) aura davantage tendance à centrer son questionnement sur le fonctionnement d'une situation, plutôt que sur sa cause ou sa raison (p. ex., « comment je vais vivre avec mon cancer? » plutôt que « pourquoi j'ai développé un cancer? »). Les PCE aident ainsi la personne à mieux se connaitre (Carver & Scheier, 1990), à réduire l'écart entre le but de sa vie et ses

performances réelles et favorisent l'adaptation émotionnelle (Watkins, 2004). En oncologie, des recherches ont indiqué que les PCE permettraient des changements positifs dans la perception de soi, des autres et de la qualité de vie (Ogińska-Bulik, 2016). Or, ce processus nécessiterait du temps afin que le patient puisse s'approprier l'évènement de vie que constitue le cancer (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006). En effet, la littérature scientifique a démontré que les ruminations positives contribueraient à l'augmentation de la qualité de vie (Javaid, Hanif, & Rehna, 2018) seulement un an après le diagnostic de cancer. L'incertitude et la perte de contrôle engendrées par la maladie nuiraient en effet au développement précoce des PCE (Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003). Il pourrait être intéressant de développer les PCE chez les patients atteints de cancer, afin de donner un sens à la maladie et d'accroitre l'espoir et l'optimisme de l'individu dans sa capacité à y faire face (Harrington, McGurk, & Llewellyn, 2008).

Influence des ruminations sur la qualité de vie en oncologie

Les ruminations mentales font partie des processus qui influencent la qualité de vie des personnes atteintes de cancer. De fait, plusieurs études mettent en avant que le processus de rumination aurait un effet délétère sur la qualité de vie des patients atteints d'un cancer (Li et al., 2015), quelle que soit la dimension de bien-être évaluée (Javaid et al., 2018). D'autres recherches ont également démontré que les ruminations mentales nuiraient à des domaines spécifiques de la qualité de vie, comme la qualité de sommeil (Gorini, Riva, Marzorati, Cropley, & Pravettoni, 2018) ou la densité du réseau social (Hill & Watkins, 2017). Ces résultats indiquent que les ruminations peuvent entrainer des

émotions pénibles et augmenter la détresse et ainsi entraver le bien-être et la qualité de vie du patient (Javaid et al., 2018). À l'inverse, les nombreuses incertitudes qui surviennent et persistent avec le cancer peuvent accroitre considérablement les ruminations.

Les ruminations comme stratégie d'évitement ou comme tentative de donner un sens à la maladie?

La rumination est conceptualisée comme un comportement d'évitement dans bon nombre d'approches, comme c'est le cas dans la TAC (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). Dans cette approche thérapeutique, la rumination mentale est vue comme un processus qui limite la résolution de problème et qui réduit l'interaction avec l'environnement (Blais & Boivert, 2010; Martell, Addis, & Jacobson, 2001). En effet, l'individu qui « rumine » se coupe de son environnement immédiat et peine à réaliser une action dans le moment présent. Le lien entre rumination et évitement a été relevé par différentes études par le biais de questionnaires qui observent des corrélations positives entre ces deux processus (Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007; Ottenbreit, Dobson, & Quigley, 2014).

Pour d'autres auteurs, la rumination est au contraire considérée comme une stratégie de confrontation, car elle permet à l'individu de partager avec son entourage une partie des composantes expressives et perceptives de l'évènement stressant (Luminet, 2008). Dans cette optique, la rumination est considérée comme une tentative de trouver un sens aux stresseurs en favorisant l'adaptation émotionnelle (Horowitz, 1993). Cette distinction fait état à nouveau de la différence faite entre PAA et PCE, les premières étant envisagées

comme des stratégies d'évitement, les secondes comme une tentative de trouver un sens à son vécu et une manière de se désengager du cercle vicieux.

Les répercussions cognitives, émotionnelles et comportementales du cancer sont actuellement prises en compte pour développer des interventions psychosociales pertinentes avec cette clientèle. Les cibles des interventions peuvent être variées et se choisissent en fonction des intérêts des chercheurs et des cliniciens. La prochaine partie sera consacrée aux interventions psychosociales qui ciblent de manière spécifique la qualité de vie ou les ruminations mentales des participants, qui représentent les deux variables d'intérêt du présent essai.

Les interventions psychosociales traditionnelles auprès des personnes atteintes de cancer

Étant donné les conséquences importantes associées à l'expérience du cancer et le risque de développer de la détresse psychologique et des troubles cliniques, les chercheurs ont tenté de développer des interventions psychosociales dans le but de limiter les répercussions de cette expérience difficile. Les moyens mis en place pour arriver à ce but sont nombreux et varient en fonction des études (p. ex., diminuer la symptomatologie anxiodépressive, augmenter la qualité de vie). Après avoir évoqué les spécificités de ces interventions en oncologie, une brève recension de la littérature sera réalisée sur les interventions qui ciblent de manière globale la qualité de vie.

Spécificité des interventions psychosociales en oncologie

Le nombre d'interventions psychosociales pour les personnes atteintes de cancer a considérablement augmenté ces dix dernières années (Matthews, Grunfeld, & Turner, 2016; Randell, 2017) et leur efficacité est reconnue depuis plus de vingt ans (Meyer & Mark, 1995). Elles sont habituellement définies comme des interactions de soutien ou de psychothérapie impliquant deux personnes ou plus, qui ont pour but de sensibiliser la population aux retentissements du cancer, de fournir un soutien émotionnel ou d'aider à la résolution de problème (Sandgren, McCaul, King, O'Donnell, & Foreman, 2000). La distinction faite entre intervention de soutien et psychothérapie est reliée à la profondeur du changement visé, puisque la psychothérapie va au-delà du soutien.

De manière globale, les interventions psychosociales proposées en oncologie suivent habituellement la trajectoire de soins des patients, dans le but de répondre aux problématiques spécifiques et aux défis retrouvés à chacune de ces étapes (voir Tableau 1). La trajectoire de soins en oncologie est habituellement divisée en quatre périodes que sont l'investigation, le diagnostic, les traitements et le suivi (Bilodeau, Dubois, & Pepin, 2015). Ce découpage par trajectoire de soins est aussi bien retrouvé dans la recherche scientifique (p. ex., on cible spécifiquement les personnes en traitement de chimiothérapie) que dans la clinique (p. ex., on propose des interventions pour l'après traitement dans le but de faire face aux enjeux spécifiques à la récidive). Les interventions psychosociales durant la phase d'investigation ont souvent une fonction préventive et visent donc à réduire les facteurs de risque liés au cancer. Lors de la phase du diagnostic,

les interventions ont pour but de se centrer sur le dépistage et l'annonce du cancer. Les interventions qui se déroulent durant le traitement du cancer se centrent quant à elles sur la psychoéducation des répercussions de la maladie aux points de vue cognitif, comportemental et émotionnel. Pour finir, les interventions psychosociales durant la phase de suivi ont pour but de favoriser la réinsertion socioprofessionnelle, de prévenir la rechute ou d'accompagner la fin de vie. Certaines interventions en oncologie sont aussi dites « transversales », car elles permettent de cibler certaines caractéristiques (p. ex., accompagner les problématiques de couple avec l'expérience du cancer), quelle que soit la trajectoire de soins.

Outre le découpage par trajectoire de soins, la majorité des interventions en oncologie se centrent également sur un type de cancer particulier (Le Corroller-Soriano et al., 2008). On retrouve donc des interventions qui ciblent une population particulière, par exemple les hommes avec un cancer du côlon.

Les interventions traditionnelles en oncologie ont également souvent pour objectif de cibler des symptômes physiques spécifiques (tels que la fatigue ou les troubles du sommeil) ou de promouvoir de saines habitudes de vie au plan de la nutrition (p. ex., manger moins gras ou moins sucré) ou au plan psychosocial (p. ex., favoriser le réseau de soutien) (Blais, Gagnon, Ivers, & Boivert, 2015).

Tableau 1

Les interventions psychosociales en fonction de la trajectoire de soins en oncologie, inspirées de Vallet et Christophe (2014)

Trajectoire de soins	Investigation	Diagnostic	Traitement	Suivi
Facteurs psychosociaux centraux à cibler	• Facteurs de risque liés au cancer	• Dépistage • Annonce du cancer	• Vécu du cancer et des traitements	• Réinsertion sociale et professionnelle • Fin de vie
Buts de l'intervention psychosociale	• Réduire les facteurs de risques (p. ex., réduire la consommation de tabac)	• Promouvoir le dépistage • Suivre les personnes à risque (p. ex., limitation de la détresse, prise en charge des troubles anxio-dépressifs)	• Diminuer les répercussions de l'annonce du cancer (p. ex., thérapie de soutien, psychothérapie) • Informer les patients sur les traitements et ses effets secondaires • Permettre une meilleure adaptation au cancer et à l'accessibilité des traitements (augmentation de la qualité de vie, réduction de la détresse psychologique, gestion des troubles émotionnels, anxiété et dépression)	• Favoriser la réinsertion sociale • Favoriser le retour à l'emploi • Prise en charge de la peur de la récidive • Accompagner la fin de vie
Interventions transversales	• Améliorer la continuité du parcours de soins des patients • Améliorer la communication entre l'équipe professionnelle, le patient et sa famille • Accompagner le patient dans ses difficultés dans le couple • Accompagner les proches aidants			

Ainsi, les interventions psychosociales en oncologie se centrent traditionnellement sur un temps précis de la trajectoire de soins, avec une population atteinte d'un cancer spécifique et ciblent un symptôme particulier comme les troubles du sommeil. La population très répandue pour les interventions psychosociales en oncologie est constituée de femmes atteintes d'un cancer du sein, avec lesquelles les chercheurs interviennent après le traitement chirurgical courant pour cette population (la mastectomie) (Cella, 2007).

Les interventions psychosociales visant la qualité de vie

L'amélioration de la qualité de vie est un objectif visé par une partie des interventions psychosociales en oncologie (Cella, 2007). Avant d'approfondir la recension des études qui visent ce but, il parait opportun de connaitre la manière dont la qualité de vie est mesurée dans ces études scientifiques.

Comme présentée dans la section précédente, la définition de la qualité de vie ne fait pas consensus dans la littérature scientifique, et n'a donc pas de dimension formelle. La conséquence directe de ce constat est que les questionnaires utilisés pour la mesurer sont nombreux et ne mettent pas tous l'accent sur les mêmes dimensions du concept (Bonnetain, & Hebbar, 2015). On remarque tout d'abord que les échelles choisies pour évaluer la qualité de vie sont souvent simples et rapides à administrer, mais tendent à se limiter uniquement aux aspects physique et fonctionnel de ce concept (Cella, 2007; Rebillard, Cormier, & Moreau, 2006). Ainsi, beaucoup de recherches tendent à évaluer une intervention sur le côté objectif de la qualité de vie (c'est-à-dire en se centrant

uniquement sur les répercussions physiques), mettant de côté les autres dimensions de ce concept (p. ex., répercussions psychologiques). On remarque également que la dimension psychologique de la qualité de vie est très souvent réduite à l'unique présence des symptômes anxiodépressifs (Miaskowski, Dodd, & Lee, 2004). Or, la qualité de vie (tout comme la détresse psychologique) est un critère multidimensionnel de la vie du patient, qui va au-delà de la présence des symptômes anxiodépressifs (Rebillard et al., 2006). Enfin, d'autres questionnaires évaluent la qualité de vie de manière globale, mais manquent de spécificité par rapport aux défis d'adaptation liés au cancer (Rebillard et al., 2006). C'est le cas notamment du questionnaire SF-36 (ou *Short-form 36 Health Status Questionnaire*; Ware, 1988), largement utilisé dans la mesure de la qualité de vie.

L'évaluation de la qualité de vie en oncologie a donc des limites. Il existe pourtant des mesures de qualité de vie globale, qui prennent en compte à la fois les dimensions multifactorielles et subjectives de ce concept. Ces rares questionnaires sont pourtant souvent sous-utilisés dans les recherches cliniques actuelles (Baumstarck, Leroy, Boyer, & Auquier, 2015). Les freins à leur utilisation seraient dus à la multiplicité des questionnaires disponibles, aux limites des qualités psychométriques des questionnaires présent spour évaluer ce concept et aux difficultés d'acceptabilité de ces questionnaires (p. ex., perte de temps occasionnée par la longueur des questionnaires autorapportés). Le défi pour les interventions psychosociales actuelles est donc de poursuivre les efforts actuels pour évaluer la qualité de vie de manière à refléter au maximum ses deux dimensions, à la fois subjective et multidimensionnelle.

Les interventions psychosociales qui cherchent à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer sont nombreuses dans la littérature (Faller et al., 2013). Dans la méta-analyse récente de Matthews et al. (2016) qui portait sur les interventions en oncologie, un tiers d'entre elles avaient la qualité de vie comme variable principale. Cette méta-analyse se centrait sur les interventions psychosociales efficaces auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein après une intervention chirurgicale (3817 participantes, N = 32 études). Les interventions comprenaient la Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC), la psychoéducation, la thérapie de soutien, le counseling, l'approche psychodynamique, la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR ou réduction du stress basée sur la pleine conscience), l'intervention psychosexuelle, la relaxation, l'activité sportive et la thérapie psychocorporelle. La grande majorité de ces interventions étaient réalisées en groupe. Les interventions prenaient principalement comme mesure l'anxiété et la dépression pour cibler la qualité de vie. Selon les résultats obtenus, les interventions ayant la plus grande taille d'effet sur la qualité de vie étaient la TCC réalisée en individuel (Marchioro et al., 1996; essai randomisé contrôlé; g = 0,97 grande taille d'effet; N = 36) et une thérapie de groupe impliquant de la psychoéducation, un groupe de parole et de l'activité sportive (Cho, Yoo, & Kim, 2006; g = 0,89 grande taille d'effet; N = 55). Les résultats de cette thérapie de groupe mettent en avant l'utilité de l'activation comportementale chez les personnes atteintes d'un cancer pour augmenter sa qualité de vie (Cho et al., 2006), comparativement à un groupe témoin. De ce fait, il semblerait que même avec une population présentant de nombreux effets secondaires dus au traitement, la mise en activité permettrait à la fois de développer un mieux-être

physique et psychologique. Une autre méta-analyse (Faller et al., 2013) montre que la majorité des interventions psychosociales actuellement proposées (sous format de groupe, en individuel ou en couple; psychothérapie, psychoéducation ou relaxation) permettent d'améliorer la qualité de vie. Dans certaines études, ces gains se maintiendraient même plusieurs mois après la fin des interventions, à l'exception des interventions impliquant la relaxation qui ont des effets à courte durée.

Les interventions psychosociales en oncologie qui ciblent la qualité de vie se concentrent principalement sur une population particulière (majoritairement chez les femmes ayant un cancer du sein) ou sur un temps précis de la trajectoire (p. ex., à la suite d'une intervention chirurgicale), comme c'est le cas pour les interventions traditionnelles en oncologie (Le Corroller-Soriano et al., 2008). La manière de mesurer le concept global de la qualité de vie peut être aussi parfois critiquée, car les chercheurs ne prennent pas en compte l'ensemble des dimensions du concept, en se centrant souvent sur des aspects spécifiques (p. ex., viser l'amélioration de la qualité de vie par l'unique diminution des symptômes anxieux ou dépressifs).

Les interventions transdiagnostiques en oncologie : cibler les processus au-delà de la symptomatologie

De plus en plus d'interventions psychosociales en oncologie cherchent davantage à cibler un processus plutôt qu'un symptôme spécifique, telles l'anxiété ou la dépression. L'intérêt porté aux processus psychologiques va dans le sens des recherches récentes qui montrent que ces derniers seraient particulièrement impliqués dans le développement et

le maintien des troubles cliniques (Philippot, Bouvard, Baeyens, & Dethier, 2015). Les processus psychologiques sont en effet des médiateurs de la relation entre un trouble clinique, comme l'anxiété ou la dépression, et les facteurs biopsychosociaux et environnementaux de l'individu (Kinderman, 2005). Le fait de cibler un processus (plutôt qu'un symptôme) peut ainsi permettre, en aval, d'agir sur plusieurs symptômes. En amont, cela permet aussi de représenter de manière plus globale la qualité de vie (Bullis et al., 2015). Dans ce contexte, on parlera alors d'une approche « transdiagnostique » où la cible de l'intervention n'est pas un symptôme, mais plutôt un processus qui est commun à plusieurs difficultés psychologiques (Van der Linden, 2016).

Les interventions sur les ruminations dans le contexte du cancer

L'intérêt porté au processus de rumination dans le contexte du cancer est courant dans la littérature scientifique. Ceci dit, les recherches portant sur ce thème sont majoritairement de nature descriptive ou exploratoire (p. ex., devis transversaux) et s'intéressent à documenter les ruminations provoquées par un trouble de stress post-traumatique engendré par le cancer (Chan, Ho, Tedeschi, & Leung, 2011; Hill & Watkins, 2017; Morris & Shakespeare-Finch, 2011) ou à évaluer les ruminations des proches aidants accompagnant une personne atteinte d'un cancer (Cernvall et al., 2016; Hirooka, Fukahori, Taku, Togari, & Ogawa, 2017).

Les études qui proposent des interventions psychologiques ciblant le processus de rumination, spécifiquement en contexte de cancer, sont récentes dans la littérature

scientifique. Parmi les études d'intervention existantes, plusieurs recherches (Campbell, Labelle, Bacon, Faris, & Carlson, 2012; Li et al., 2015) suggèrent que la participation à un programme de MBSR tend à diminuer les ruminations mentales négatives chez des femmes atteintes d'un cancer du sein ou d'un cancer du poumon (Schellekens et al., 2017). La recherche contrôlée de Shao, Gao et Cao (2016) démontre quant à elle qu'un programme court de pleine conscience auprès de patientes atteintes d'un cancer de l'utérus réduirait les ruminations mentales négatives. Enfin, une étude de cas multiples (Fisher, Byrne, & Salmon, 2017) conclut que la thérapie métacognitive, initialement développée par Wells et Matthews (1994), tend à réduire les ruminations négatives de patientes atteintes d'un cancer du sein ou de l'utérus et que les effets perdurent trois mois après le traitement.

Jusqu'à maintenant, les interventions ciblant le processus de ruminations semblent surtout avoir utilisé des interventions basées sur la pleine conscience. Notre étude s'inscrit en complémentarité de ces efforts de recherche. Elle vise à intervenir notamment sur la tendance à ruminer, par le biais de certaines méthodes principalement axées sur l'activation comportementale, mais qui ne portent pas exclusivement sur la pleine conscience. De plus, l'étude présentée dans cet essai a aussi l'avantage d'évaluer les effets de l'intervention sur les deux types de ruminations (PAA et PCE), lesquelles demeurent rarement prises en compte simultanément dans une même intervention jusqu'à maintenant.

Les interventions liées à la TAC et à l'ACT en oncologie

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dites de « troisième vague » s'inscrivent dans ce courant d'approches transdiagnostiques en ciblant les processus psychologiques. Parmi ces thérapies de 3^{e} génération se trouvent la Thérapie d'Activation Comportementale (TAC) et la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT). Ces thérapies se centrent sur l'expérience globale de l'individu en favorisant sa flexibilité psychologique et permettent un engagement dans des actions dirigées vers ses valeurs (Dionne & Blais, 2014). Comparativement à d'autres approches d'intervention, ces thérapies n'ont pas pour visée ultime de réduire ou de supprimer la symptomatologie (par ex., l'anxiété et la dépression; Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011). En effet, bien que la diminution de la symptomatologie ne soit pas exclue, elle représente toutefois un objectif secondaire. De ce fait, l'objectif de ces thérapies n'est pas de travailler contre une difficulté (p. ex., supprimer la fatigue ou les pensées dépressiogènes), mais plutôt de développer une vie riche de sens avec la présence éventuelle de ressentis pénibles (p. ex., réaliser une action engagée même en présence de fatigue ou de pensées dépressiogènes) ou d'émotions inconfortables. À la vue des lourdes répercussions engendrées par le cancer (Fitch, 2008), cette approche parait particulièrement pertinente dans le contexte de cette maladie chronique.

La TAC (Hopko et al., 2011, 2013) comme l'ACT (Feros, Lane, Ciarrochi, & Blackledge, 2013; Hulbert-Williams, Storey, & Wilson, 2015) ont montré des bénéfices auprès d'une population atteinte de cancer. Ces thérapies permettraient de réduire les

symptômes anxiodépressifs (malgré que ces derniers ne soient pas directement ciblés), de diminuer la douleur due à des symptômes physiques, d'augmenter l'espoir des patients et leur flexibilité psychologique, de clarifier leurs valeurs, de contribuer à l'acceptation des symptômes et de développer une meilleure qualité de vie. Ces changements seraient aussi durables, au moins un an après l'intervention (Feros et al., 2013).

Le Programme ACTION

Le Programme ACTION, qui fait l'objet de la présente étude, s'inscrit dans la lignée des modèles d'intervention de 3e vague des TCC. Il s'appuie sur les thérapies TAC et ACT qui n'ont, à notre connaissance, jamais été combinées dans une intervention destinée à une population atteinte de cancer. Cette intervention vise à améliorer la qualité de vie et le bien-être des patients par le biais de cinq ateliers psychothérapeutiques en groupe, et complétés par deux rencontres de maintien.

Notre équipe de recherche a conduit une étude qui documente les effets du Programme ACTION sur un ensemble de variables (Blais, Gagnon, Dionne, Chenal, & Fortin, 2017) comme l'activation, la flexibilité psychologique ou la fusion cognitive (voir Appendice A). Le présent essai présente quant à lui une partie spécifique de ces données, en se centrant sur la qualité de vie et les ruminations mentales.

La visée préventive du Programme

Le Programme ACTION est une approche préventive qui a pour but de prévenir la chronicisation de la détresse psychologique et des émotions pénibles. De ce fait, les interventions sont destinées aux personnes atteintes de cancer vivant un niveau de détresse léger à modéré (voir critère d'inclusion pour plus de détails). Le choix d'un programme préventif pour prévenir la chronicisation de la détresse est novateur auprès de cette population, puisque la majorité des études d'intervention interviennent auprès d'une clientèle présentant un niveau de détresse élevée (Sheard & Maguire, 1999). Les chercheurs tendraient en effet à sélectionner des patients atteints d'un cancer avec un niveau élevé de détresse initiale, puisque ce critère de sélection a été reconnu comme ayant de meilleurs résultats sur les données de recherche (p. ex., Sheard & Maguire, 1999). Dans une optique préventive, le Programme ACTION s'est quant à lui davantage centré sur une population atteinte d'un cancer présentant un niveau de détresse faible à modéré.

Les fondements théoriques : coup d'œil au cœur de la TAC et de l'ACT

Le Programme ACTION prend appui sur les modèles théoriques de la TAC et de l'ACT, toutes deux issues de la troisième génération des TCC. L'activation comportementale, sur laquelle s'appuie la TAC, était initialement une composante intégrée dans la thérapie cognitive de la dépression (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). La TAC est définie comme une approche thérapeutique structurée qui a pour but de renforcer les contingences environnementales afin d'améliorer l'humeur et la qualité de vie de la personne (Hopko, Lejuez, Ruggiero, & Eifert, 2003). À la suite de plusieurs

études scientifiques (Jacobson et al., 1996, 2001; Richards et al., 2016), l'activation comportementale serait vue comme le principe actif central dans le traitement de la dépression. De ce fait, deux thérapies se sont construites parallèlement et se basant uniquement sur la composante d'activation comportementale; celle de l'équipe de Martell et al. (2001) et celle de l'équipe de Lejuez, Hopko et Hopko (2002) un an plus tard. Ces deux approches partagent plus de similitudes que de différences (Hopko et al., 2003). L'intervention décrite dans l'essai s'appuie sur la thérapie développée par la première équipe, dont le livre de thérapie a été traduit par les chercheurs du Programme ACTION (Martell et al., 2001).

Le rôle de l'évitement occupe une place centrale dans le modèle thérapeutique de la TAC (Martell et al., 2001). La TAC postule que la personne atteinte de dépression ne souffre pas uniquement d'un manque de renforçateur positif telle la perte de plaisir (comme c'est le cas des thérapies cognitives traditionnelles pour le traitement de la dépression), mais surtout qu'elle résulte de l'évitement de situations et ressentis désagréables (Altenloh, 2011). Les comportements d'évitement sont compréhensibles et naturels (Blais et al., 2015) puisqu'ils créent un soulagement à court terme. Par exemple, une personne atteinte de cancer, fatiguée par ses traitements, pourrait refuser une sortie à l'extérieur, ce qui pourrait avoir pour conséquence de diminuer son anxiété. À long terme, ces comportements tendent cependant à devenir des mécanismes d'adaptation inefficaces qui risquent d'alimenter l'humeur dépressive et limiter l'accès à des sources de plaisir, de satisfaction ou d'accomplissement (Blais et al., 2015). Le but de la TAC est donc de

prévenir et de modifier ces stratégies d'évitements néfastes à long terme. Pour ce faire, la personne est invitée à réaliser des actions reliées à ses valeurs afin de briser le cercle vicieux de l'évitement (Blais et al., 2015; Dondé, Moirand, & Carre, 2018). Les stratégies utilisées dans la TAC se basent sur l'augmentation des renforçateurs positifs dans le quotidien de l'individu, et sur la diminution les renforçateurs négatifs (voir Figure 2).

Bien que la TAC ait été créée pour le traitement de la dépression, elle a été développée dans d'autres situations potentiellement dépressiogènes (p. ex., contexte de perte, de changement, de multiples stresseurs), comme celui du cancer (Hopko, Bell, Armento, Hunt, & Lejuez, 2005; Hopko et al., 2011, 2013). Dans le contexte de cette maladie et de ses traitements, les nombreux changements et stresseurs présents rendent encore plus probables la survenue et le maintien du cercle vicieux de l'évitement, car la personne est « naturellement » limitée dans ses actions (Blais et al., 2015), du fait des traitements anti-cancéreux ou de ses effets secondaires. Ainsi, l'utilisation de la TAC auprès de personnes atteintes d'un cancer serait pertinente, bien que les recherches restent encore limitées à l'heure actuelle auprès de cette population (Kissane, Levin, Hales, Lo, & Rodin, 2011).

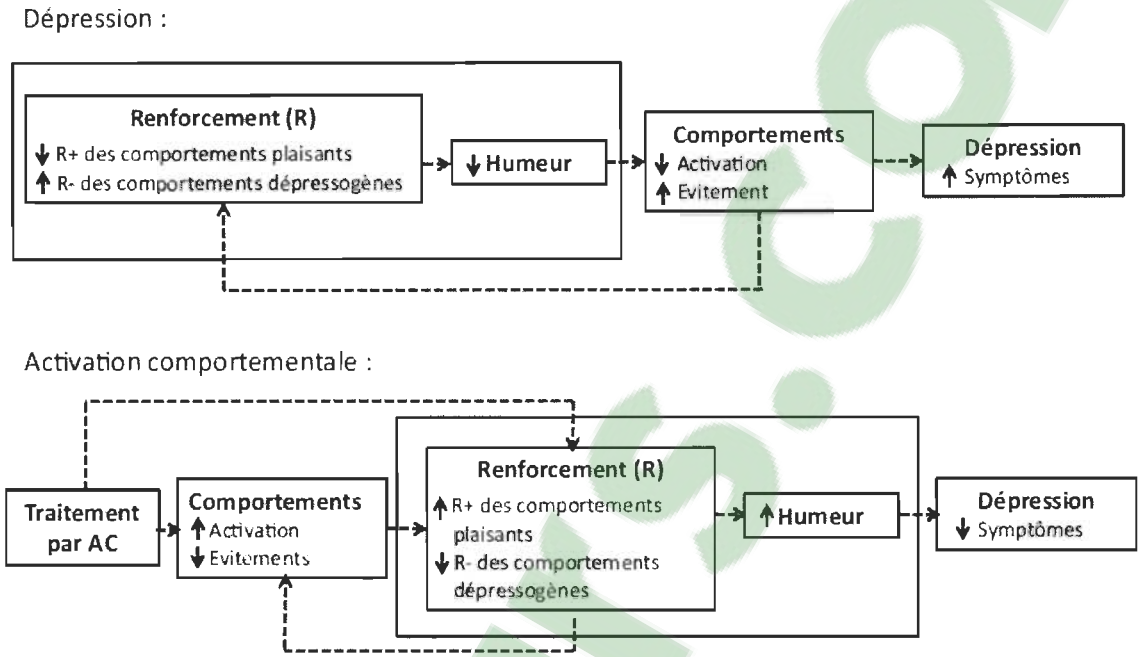

Figure 2. Thérapie d'Activation Comportementale (TAC) pour la dépression issue de Dondé, Moirand et Carre (2018) d'après Manos, Kanter et Busch (2010).

Depuis son intégration à la troisième vague des TCC, la TAC contemporaine reprend des idées issues de modèles plus anciens (Ferster, 1973; Lewinsohn & Graf, 1973), dans le but de mettre davantage l'accent sur le contexte des comportements, habituellement appelé « contextualisme fonctionnel » (Jacobson et al., 2001). Plus spécifiquement, le contexte définit l'ensemble des facteurs susceptibles d'alimenter les symptômes dépressifs, comme les vulnérabilités génétiques ou les évènements de perte (Dionne, Blais, Boisvert, Beaudry, & Cousineau, 2010). Dans cette conception, ce n'est pas le comportement ou l'émotion pénible qui est en soi est problématique, mais sa fonction (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Par exemple, si une personne atteinte d'un cancer tend à s'isoler, il faudra interroger la fonction de ce comportement (p. ex., « je préfère rester chez moi plutôt que d'aller à une fête de famille, car je ne veux pas être un poids pour les

autres et les inquiéter » ou « … car je ne veux pas être fatigué et avoir du mal à récupérer »).

En complément de la TAC, le Programme ACTION ajoute des composantes de l'ACT à son intervention. Le but de cette intégration est de potentialiser l'activation dans un contexte de maladie chronique et physique comme le cancer, qui présente un haut potentiel de détresse psychologique, des limitations physiques importantes et la recherche de sens qui fait appel à la dimension existentielle. L'ACT partage avec la TAC un intérêt important pour l'action engagée et les valeurs de la personne (Dondé et al., 2018), le contextualisme fonctionnel et le rôle central attribué à l'évitement (Dionne, Ngô, & Blais, 2013). L'objectif de cette thérapie est de favoriser la flexibilité psychologique par le développement de six processus : l'action engagée, l'acceptation des émotions, le contact avec le moment présent, le soi comme contexte, la clarté des valeurs ou la défusion cognitive (Dionne, Blais, & Monestès, 2013; voir Figure 3). La flexibilité psychologique est définie dans l'ACT comme « la capacité à persister ou changer le cours d'une action, même en présence de pensées, sensations et émotions désagréables, afin de progresser en direction de ce qui est important pour la personne, c'est-à-dire ses valeurs personnelles » (Hayes et al., 1999; cité par Dionne, Ngô et al., 2013, p. 115).

Les différentes composantes de l'ACT peuvent être définies comme suit : (1) l'acceptation représente la capacité de l'individu à faire face à ses émotions plutôt que de les éviter; (2) la défusion cognitive permet à la personne de prendre de la distance face

à ses pensées, de sorte qu'elles ne prennent pas le contrôle de ses comportements; (3) les valeurs sont des priorités personnelles à chaque personne qui permettent de voir la direction à suivre; (4) les actions permettent à la personne de s'engager vers ce qui lui important; (5) l'instant présent permet de développer une flexibilité attentionnelle sur ce qui se passe dans l'ici et le maintenant; et (6) le soi comme contexte est représenté par la capacité de l'individu à être observateur de ses pensées ou de ses émotions (Dionne, Ngô et al., 2013). Pour développer la flexibilité psychologique, l'ACT met l'accent sur la pratique expérientielle, c'est-à-dire l'utilisation de techniques durant la séance avec le client.

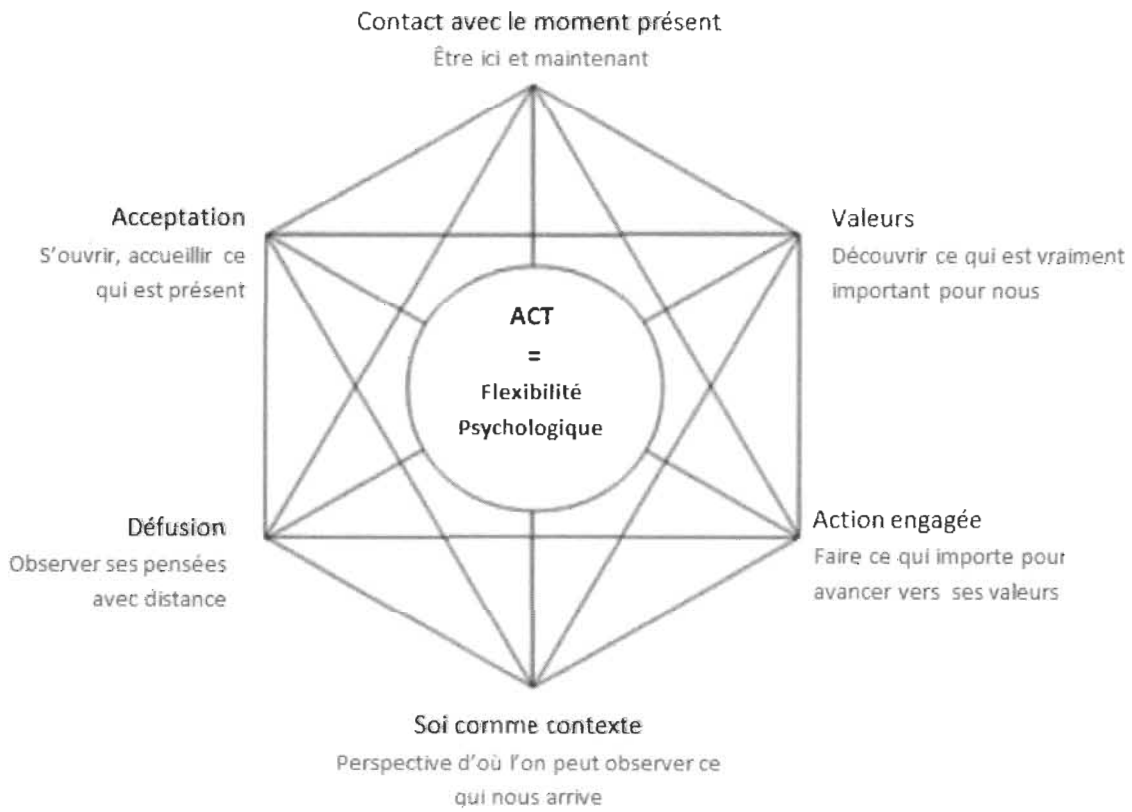

Figure 3. Les six processus centraux de l''ACT représenté sous forme d'hexaflex, tiré de Harris (2017, p. 28).

Intérêt du Programme ACTION pour l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des ruminations mentales

L'objectif principal des thérapies issues de la troisième vague des TCC est d'améliorer la qualité de vie en permettant de progresser en passant à l'action vers des domaines qui sont importants (Dionne, Blais et al., 2013). L'action engagée, qui est au cœur de la TAC, implique l'acceptation des inconforts pour arriver à agir conformément à ses objectifs et valeurs et ainsi accroitre sa qualité de vie (Dionne, Blais et al., 2013). Par exemple, une personne atteinte de cancer pourra participer à un repas de famille, même en présence de fatigue liée à sa chimiothérapie, car cette action sera reliée à une valeur importante pour elle (partager des moments avec des personnes qui lui sont chères). Le bénéfice de l'action engagée serait un gain important pour maintenir une bonne qualité de vie, même en présence de sensations désagréables. À l'instar d'autres approches psychothérapeutiques, le Programme ACTION s'appuie également sur les ressources et les forces des participants (Dionne, Blais, & Khoury, 2014) pour accroitre leur qualité de vie. L'intervention permet également d'aborder le prisme de la qualité de vie à travers un grand nombre de sphères de vie (p. ex., sociale, psychologique, physique, spirituelle) qui va de pair avec la multi-dimensionnalité de ce concept.

Outre la qualité de vie, le Programme ACTION, par l'intermédiaire de cet essai, s'intéresse plus précisément à l'un des processus susceptibles d'alimenter le cycle négatif qui sous-tend la détérioration des réactions naturelles vers une symptomatologie anxiodépressive : les ruminations mentales. L'intérêt porté à ce processus s'appuie sur des études menées à partir du modèle de Kinderman (2005) qui ont démontré que les processus

les plus impliqués dans le développement des troubles cliniques sont la tendance à l'autocritique et la présence de ruminations mentales (Kinderman, Schwannauer, Pontin, & Tai, 2013). L'intérêt d'un programme d'intervention, comme le Programme ACTION, qui utilise la TAC pour diminuer les ruminations, se profile dans la même lignée des recherches actuelles (Lam, Lim, Tan, & Mahendran, 2015). Ces dernières appuient l'idée que les thérapies qui ciblent les stratégies dysfonctionnelles à long terme du patient atteint d'un cancer (p. ex., l'évitement) et qui privilégient des stratégies alternatives (p. ex., mise en action dirigée vers ses valeurs) permettraient de diminuer les ruminations négatives. En effet, la TAC cherche à substituer les stratégies d'évitement, dont les ruminations font parties, par des stratégies d'approche plus efficaces sur le long terme (Soucy Chartier, Blanchet, & Provencher, 2013). Concrètement, dans le Programme ACTION, les participants sont amenés à comprendre la fonction des ruminations négatives et ses manières d'alimenter la détresse psychologique et de nuire à la qualité de vie sur le long terme. Outre une psychoéducation à la fonction des ruminations, le Programme permet également d'utiliser des techniques issues de la troisième vague de TCC (dont la pleine conscience fait partie) pour se désengager des ruminations négatives en étant par exemple attentif à son expérience.

Intérêt du Programme ACTION pour répondre aux limites des interventions traditionnelles en oncologie

Le Programme ACTION est d'intérêt pour répondre aux limites des interventions psychosociales existantes en oncologie. En effet, ce programme a été conceptualisé de sorte à répondre à certaines limites de la littérature actuelle sur les interventions

psychosociales en oncologie pour augmenter la qualité de vie et prévenir la chronicisation de la détresse psychologique. Cette intervention a en effet l'avantage : (1) d'être destinée à des personnes vivant l'expérience du cancer peu importe le genre, le site tumoral ou le stade de la maladie (amplitude limitée dans les recherches en oncologie actuelles); (2) de prévenir la chronicisation des émotions pénibles en trouble clinique (visée limitée voir absente dans les études cliniques actuelles); (3) d'offrir une évaluation multidimensionnelle de la qualité de vie des participants (en complémentarité des études qui évaluent souvent cette uniquement au travers du prisme de la symptomatologie anxiodépressive ou des répercussions physiques, Faller et al., 2013); et (4) de cibler le processus de rumination mentale à la fois négatif et positif (soit rarement intégré dans les interventions actuelles, Newby et al., 2015; soit rarement évalué, Baeyens, 2016).

Pour répondre à ces limites, le programme ACTION préconise l'emploi de stratégies thérapeutiques issues de la TAC et de l'ACT qui permettent d'intervenir précisément sur le cycle négatif de l'évitement (Blais et al., 2015) par l'intermédiaire de stratégies particulières (p. ex., action engagée, défusion, acceptation). Il permet de combiner ces approches par la création d'un groupe d'intervention psychosociale dont le but est de prévenir la chronicisation d'émotions pénibles qui sont naturelles dans un contexte de vie difficile ou leur détérioration vers une symptomatologie ou un trouble anxiodépressif.

Intérêt et apport de la présente étude

En somme, l'expérience du cancer impose des défis d'adaptation significatifs. En effet, cette maladie chronique est une expérience multidimensionnelle qui a des conséquences sur les sphères physique, psychologique, sociale et spirituelle de l'individu y étant confronté. Au cours de ce long processus d'adaptation, l'individu vit des émotions pénibles qui risquent de se chroniciser sous forme de trouble clinique, s'il tend à utiliser des stratégies d'évitement, dont les ruminations mentales négatives font partie. La détresse psychologique peut alors devenir très envahissante et nuire considérablement à la qualité de vie de la personne. Les interventions psychosociales pour accroitre la qualité de vie sont nombreuses en oncologie. Bien qu'elles aient démontré leur efficacité, la majorité des études se limitent souvent à un temps donné de la trajectoire de soins ou à une population spécifique. Plus spécifiquement, peu de ces interventions interviennent en aval de la chronicisation des émotions pénibles et de la détresse, ce qui est le centre d'intérêt du Programme ACTION. Aussi, les recherches qui étudient les ruminations en contexte du cancer sont pour la plupart de type descriptif ou exploratoire (p. ex., devis transversaux). Les interventions psychosociales qui portent à limiter les ruminations mentales dites négatives sont récentes dans la littérature scientifique et se basent principalement sur la pleine conscience. Le Programme ACTION s'inscrit dans la suite des études dans ce domaine, en incluant plusieurs principes issus de troisième vague, avec pour visée d'aider la personne à vivre une vie riche et engagée, avec la présence de ressenti pénible.

Objectif et hypothèses

La présente étude a pour objectif de vérifier les effets d'une intervention combinant la TAC et l'ACT sur la qualité de vie et les ruminations mentales des participants atteints d'un cancer. Deux hypothèses découlent de cet objectif :

- Hypothèse 1 : Il est attendu qu'au terme de l'intervention (post-test), les participants rapporteront une augmentation de leur qualité de vie. Il est souhaité que les acquis se maintiendront dans le temps (un mois et trois mois) après l'intervention. Une description des sous-dimensions de la qualité de vie sera également réalisée, dans le but de fournir une image plus précise des dimensions mobilisées par l'intervention;
- Hypothèse 2 : Il est attendu que les participants rapporteront après l'intervention (post-test) une diminution significative des ruminations négatives (PAA) et une augmentation significative des ruminations positives (PCE). Il est également souhaité que les acquis se maintiendront dans le temps (un mois et trois mois) après l'intervention.

Méthode

La section suivante présente la méthode réalisée pour notre recherche. Elle comportera le devis de recherche, les critères d'éligibilité et d'exclusion pour participer au Programme ACTION, les instruments de mesure et la procédure utilisée.

Devis de recherche

L'essai présenté dans cet écrit propose d'analyser les résultats de qualité de vie et de ruminations mentales des participants atteints d'un cancer. L'étude consiste en un essai clinique avec un protocole quasi expérimental qui comprend des mesures répétées à quatre temps de mesure : le T1 (prétest, environ deux semaines avant le début du Programme), le T2 (post-test, environ une semaine après la fin de l'intervention), le T3 (environ une semaine après le premier atelier de suivi, un mois après l'intervention) et le T4 (environ une semaine après le second atelier de suivi, trois mois après l'intervention). Les variables de qualité de vie et de ruminations mentales ont été évaluées à chaque temps de mesure.

Participants

Pour être éligibles à l'étude, les participants devaient répondre aux critères suivants, évalués via un questionnaire de dépistage d'une durée approximative de trente minutes, réalisé par un entretien téléphonique dirigé par une infirmière spécialisée en oncologie : (1) avoir un diagnostic de cancer, quels que soient le stade et le site tumoral; (2) être dans

la trajectoire de soins et en deçà de 3 ans post-traitement; (3) savoir lire et s'exprimer en français; (4) pouvoir se déplacer dans une clinique externe d'un centre universitaire de traitement du cancer pour participer aux ateliers; et (5) présenter un niveau de détresse psychologique léger à modéré. Ce niveau de détresse a été opérationnalisé par un score de 5 et plus au thermomètre de détresse (tel que suggéré par Feros et al., 2013; score allant de 0 à 10), combiné à un score de 4 à 8 à l'un ou les deux items d'anxiété et dépression sur la version francophone de l'*Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS; Bruera, Kuehn, Miller, Selmser, & Macmillan, 1991; version française de Watanabe et al., 2011) OU un score ≤ 5 à l'item unique mesurant la qualité de vie globale du Questionnaire de McGill sur la qualité de vie (MQOL; Cohen, Mount, Strobel, & Bui, 1995; score allant de 0 à 10). Le choix du seuil de niveau de détresse de léger à modéré s'est appuyé sur l'étude de Cohen et Mount (2000) qui permettait d'établir un seuil de référence pour la qualité de vie de personnes avec un cancer et qui été suivi dans une clinique externe en oncologie.

Les critères d'exclusion comprenaient l'ensemble des conditions nécessitant une prise en charge immédiate pour le participant, évalué au dépistage via l'inventaire abrégé de dépression de Beck (Collet & Cottraux, 1986), soit : (1) un score total supérieur ou égal à 16 à cette échelle (score total sur 40); (2) la présence d'idées suicidaires (item 7, score allant de 0 à 3) ou de pensées hétéro-agressives actives (item 7a, dichotomique). Les critères d'exclusion comprenaient également des items issus de la *Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM-IV* (MINI; Sheehan et al., 1998; version française de

Lecrubier et al., 1998), soit : (3) la présence de symptômes psychotiques; et (4) d'abus de substances d'alcool ou de drogue au premier plan du tableau clinique.

Le programme ACTION se déroulait dans une clinique externe d'oncologie d'un Centre hospitalier universitaire francophone de la province de Québec (CHU de Québec-Université Laval). L'ensemble des participants a donné son consentement libre et éclairé. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique du CHU de Québec et de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Les participants pouvaient à tout moment de leur participation à cette recherche contacter un assistant de recherche pour toute question relative à leur participation ou se retirer de l'étude. L'échantillon final est composé de 29 personnes atteintes de cancer. Les Tableaux 2 et 3 présentent les caractéristiques sociodémographiques et médicales de l'échantillon de l'étude.

Le flux des participants est présenté à la Figure 4. Celle-ci comprend le nombre de participants au Programme ACTION à chacune des étapes de la recherche. Bien que cinq cohortes aient participé à l'intervention, les analyses de données sont réalisées dans un seul groupe regroupant l'ensemble des participants.

Le recrutement au programme ACTION a permis d'identifier 57 participants. Des 51 personnes ayant consenti à participer, 42 étaient éligibles. Le recueil des données au pré-test (QT1) a été réalisé auprès de 32 participants et 29 ont complété l'intervention (N = 29). Le recueil des données au post-test (QT2) a été possible auprès de 20 participants. Un mois après l'intervention, 9 personnes ont participé au premier atelier

de suivi (soit 20,7 %) et 18 participants ont complété le questionnaire du premier suivi (QT3). Trois mois après l'intervention, 12 participants ont réalisé le deuxième atelier de suivi (soit 41,4 %) et 15 ont complété le questionnaire du deuxième suivi (QT4).

Tableau 2

Données sociodémographiques de l'échantillon en nombre et en pourcentage

Variables	Catégories		*n*	(%)
Sexe	Homme		11	(37,9)
	Femme		18	(62,1)
		Total	29	(100,0)
Etat civil	Marié(e) ou conjoint de fait		20	(69,0)
	Célibataire		4	(13,8)
	Divorcé(e) ou séparé(e)		4	(13,8)
	Veuf(ve)		1	(3,4)
		Total	29	(100,0)
Occupation	Salarié(e)		4	(13,8)
	Non-salarié(e)		4	(13,8)
	Retraité(e)		14	(48,3)
	Prestataire d'une assurance d'invalidité		7	(24,1)
		Total	29	(100,0)
Scolarité	Études universitaires		10	(34,5)
	Études collégiales		9	(31,0)
	Études secondaires		7	(24,1)
	Formation professionnelle		3	(10,3)
		Total	29	(100,0)
Recrutement	Psychologue, psychiatre ou travailleur social		11	(37,9)
	Infirmier pivot		9	(31,0)
	Publicité dans l'hôpital		6	(20,7)
	Autre		3	(10,3)
		Total	29	(100,0)

Tableau 3

Données sociodémographiques de l'échantillon en nombre et en pourcentage

Variables	Catégories		*n*	(%)
Type de cancer	Sein		6	(20,7)
	Hématologique (lymphome, leucémie)		5	(17,2)
	Urologique		5	(17,2)
	Gastro-intestinal		3	(10,3)
	ORL		3	(10,3)
	Poumon		3	(10,3)
	Gynécologique		3	(10,3)
	Sarcome		1	(3,4)
		Total	29	(100,0)
Traitements récemment reçus	Chirurgie		2	(6,9)
	Radiothérapie		2	(6,9)
	Chimiothérapie		8	(27,6)
	Hormonothérapie		5	(17,2)
	N'a pas répondu		3	(10,3)
		Total	26	(100,0)

Tableau 4

Moyennes et écarts-types des données sociodémographiques de l'échantillon

Variables	*n*	M	ÉT
Âge (année)	29	60,07	12,51
Temps écoulé depuis le diagnostic (mois)	26	21,85	17,53
Nombre d'ateliers complétés (A1 à A5)	29	3,72 (74,40 %)	1,82
Nombre d'ateliers complétés incluant le suivi (A1 à A7)	29	4,45 (63,57 %)	3,33

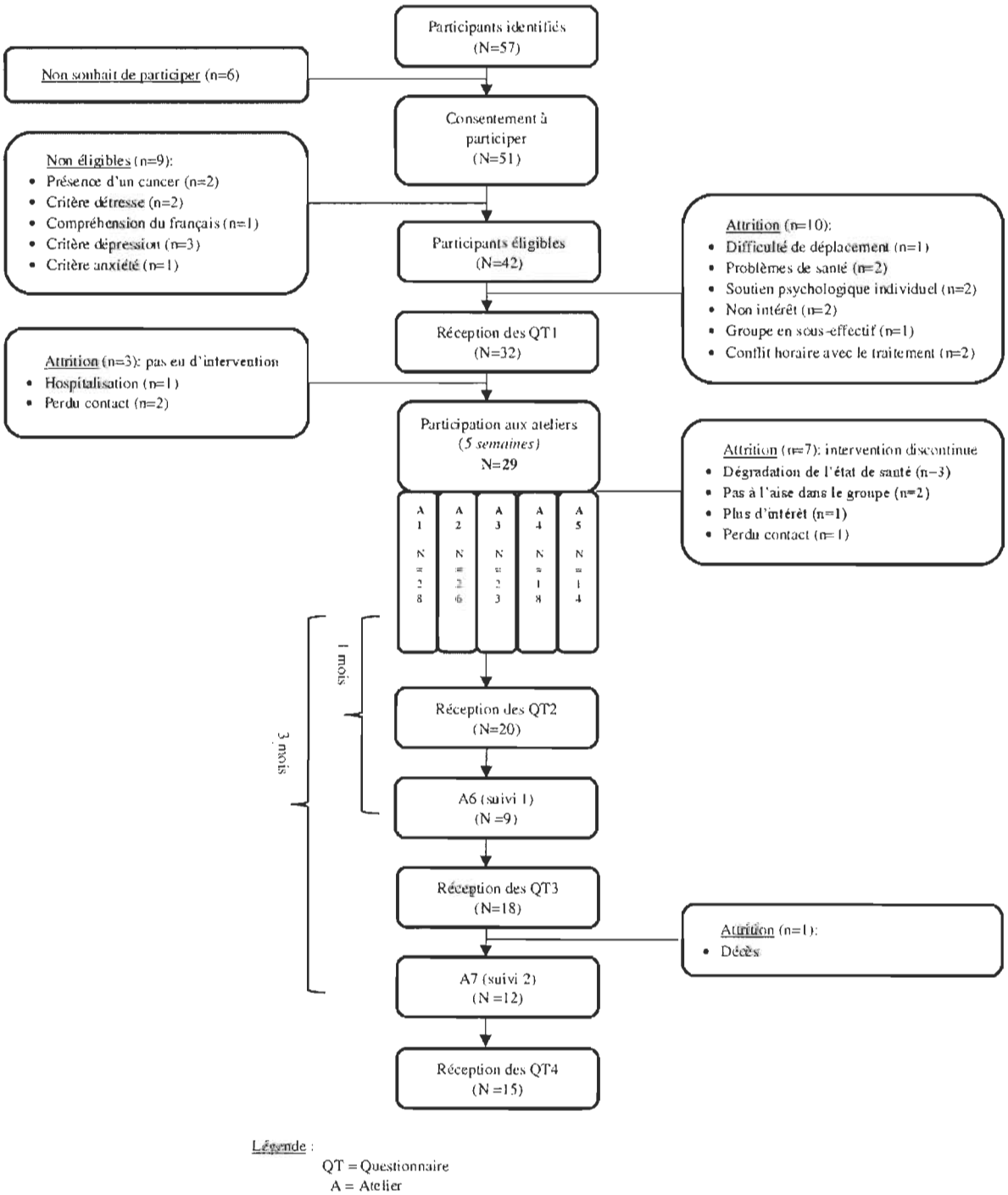

Figure 4. Flux du participant.

Instruments de mesure

La présente étude s'inscrit dans une recherche plus large sur les effets du Programme ACTION. De ce fait, les participants remplissaient un ensemble de questionnaires à chaque temps de l'étude (T1, T2, T3 et T4) et au début de chaque atelier. La description des instruments de mesure de cette partie sera réalisée uniquement sur les variables principales de la présente étude (pour la description complète du Programme ACTION, voir Blais et al., 2017).

Questionnaire d'informations sociodémographiques et médicales

Au T1, les participants ont rempli un questionnaire permettant de dresser un portrait de certaines informations sociodémographiques et médicales (voir Appendice B). Les informations sur la médication des participants étaient recueillies également à chaque temps de l'étude (T1, T2, T3 et T4) et à nouveau au début de chaque atelier.

La qualité de vie : MQOL

Le questionnaire de McGill sur la qualité de vie (MQOL; Cohen et al., 1995, voir Appendice C) comprend 16 items mesurés par une échelle de Likert en 11 points (0 = *Pas du tout*; 10 = *Extrêmement*) et 1 item unique (item A) qui évalue la qualité de vie subjective et globale par une échelle en 11 points (0 = *Très mauvaise*; 10 = *Excellente*). Outre l'item unique, le MQOL comprend cinq sous-échelles (les symptômes physiques, le bien-être physique, le bien-être psychologique, le bien-être existentiel et le soutien social). Le MQOL permet d'obtenir un score total (nommé score Index) par l'addition des

moyennes des scores des sous-échelles (seul l'item unique n'est pas comptabilisé), un score pour l'item unique et un score moyen pour chacune des sous-échelles (Cohen et al., 1995). Plusieurs items ont été inversés dans le but de limiter l'effet de Halo (items 1, 2, 3, 5, 6, 7 et 8) qui consiste à répondre de manière automatique aux questions. Ce questionnaire possède une version originale dans deux langues, en français et en anglais (Cohen et al., 1995). Les propriétés psychométriques du MQOL de ces deux versions ont été évaluées dans plusieurs études (Cohen et al., 1995; Cohen, Mount, Tomas, & Mount, 1996; Cohen et al., 1997; Henry, Huang, Ferland, Mitchell, & Cohen, 2008). Ce questionnaire a également été validé auprès d'une population atteinte d'un cancer (Cohen, Boston, Mount, & Porterfield, 2001). En oncologie (Cohen et al., 1997; Cohen & Mount, 2000), le MQOL possède de bonnes propriétés psychométriques sur son score global, avec une bonne validité interne (0,72-0,92) et une bonne fiabilité test-retest (0,70). L'ensemble des propriétés psychométriques pour chaque sous-échelle est également satisfaisant, avec une validité interne comprise entre 0,69 et 0,78 et une bonne fiabilité test-retest (0,62-0,85). Une analyse factorielle a également été réalisée pour la création des sous-échelles (Cohen et al., 1997). De plus, ce questionnaire a déjà été testé pour suivre les variations de qualité de vie auprès de patients atteints de cancer à la suite d'une intervention psychosociale (Cohen & Mount, 2000).

Les ruminations mentales : Mini-CERTS

La Mini-CERTS est la version abrégée de la *Cambridge Exeter Repetitive Thoughts Scale* (CERTS; Barnard, Watkins, Mackintosh, & Nimmo-Smith, 2007, voir

Appendice D). Il s'agit d'un questionnaire autorapporté, traduit et validé en français (Douilliez et al., 2014). La Mini-CERTS comprend 16 items cotés sur une échelle de Likert de 4 points (1 = *Presque jamais*; 4 = *Presque toujours*). Il permet d'évaluer deux dimensions des ruminations : les pensées concrètes expérientielles constructives (PCE ou ruminations positives; items 2, 4, 8, 9, 11, 13) et les pensées abstraites et analytiques non constructives (PAA ou ruminations négatives; items 1, 3, 5, 6, 7, 10, 12, 14 et 15). La Mini-CERTS présente une bonne consistance interne ($\alpha = 0,74$ pour les PCE et $\alpha = 0,78$ pour les PAA), une validité concurrente et externe satisfaisantes (Douilliez et al., 2014). À la suite de l'analyse de la saturation factorielle, l'item 5 a été supprimé de l'échelle PAA, car il ne corrélait pas suffisamment avec cette dimension (Douilliez et al., 2014). La structure bifactorielle (PCE et PAA) a également été validée par des analyses factorielles (Douilliez et al., 2014).

Procédure

La section suivante présente la procédure de notre recherche. Elle comportera trois volets : la collecte de données, la description du Programme ACTION et le plan d'analyses statistiques.

Collecte de données

La collecte de données s'est déroulée de janvier 2016 à mai 2017. Cinq cohortes se sont succédées sur cette période, chacune étant composée de 4 à 10 participants. Les participants ont été recrutés par différentes voies : des affiches sur des babillards et télé

afficheurs dans les salles d'attente des cliniques externes en oncologie du CHU de Québec - Université Laval, des annonces dans les journaux locaux ou par le partage sur des sites Internet spécialisés en oncologie ou leurs réseaux sociaux (p. ex., Fondation québécoise du cancer). Les patients pouvaient également être référés à l'étude par un professionnel de l'équipe d'oncologie psychosociale du CHU de Québec.

Après l'obtention de leur consentement verbal, les participants potentiels ont été contactés par un professionnel de recherche chargé de présenter les informations concernant le programme ACTION (p. ex., nature de l'intervention, horaire des rencontres). Suivant son intérêt à participer au Programme, le professionnel de recherche vérifiait l'éligibilité du participant potentiel à l'aide du questionnaire de dépistage. Dans le cas où le participant ne souhaitait pas participer ou s'il n'était pas éligible, il était orienté vers d'autres ressources.

Chaque participant recevait par la poste ou par courriel (selon ses préférences) une série de questionnaires à compléter. Cette opération était réalisée à quatre reprises : avant le début des ateliers (T1), après le cinquième atelier (T2), avant le premier atelier de suivi (T3) et après le deuxième atelier de suivi (T4).

L'intervention psychothérapeutique : Le Programme ACTION

Le Programme ACTION est composé de cinq ateliers hebdomadaires de deux heures en groupe, et de deux ateliers de suivis (« booster sessions », un et trois mois après la fin

du Programme). Il s'agit d'une intervention manualisée qui s'appuie sur trois ouvrages issus de la recherche scientifique pour la TAC (Addis & Martell, 2009, cité dans Addis & Martell, 2004) et l'ACT (Carriochi, 2013; Dionne, 2014). Les participants disposaient également d'un manuel composé de lectures et d'exercices en adjuvant aux ateliers. Le Programme ACTION comprenait cinq ateliers à différentes thématiques complétés par deux rencontres de suivi :

- Atelier 1 : observation des habitudes et du changement;
- Atelier 2 : observation de l'évitement des émotions et des pensées désagréables et recherche de stratégies alternatives;
- Atelier 3 : passage à l'action et libération de la dépendance à l'humeur;
- Atelier 4 : ouverture et prise de distance;
- Atelier 5 : gestion des ruminations et des inquiétudes avec observation des valeurs des participants;
- Atelier 6 et Atelier 7 (rencontres de suivi) : échanges sur la démarche de changement (p. ex., actions tentées, découvertes, questions soulevées, obstacles rencontrés, stratégies mises de l'avant, retour sur certaines notions théoriques vues dans les précédents ateliers)

Chaque atelier proposait une révision des concepts importants reliés au thème, des exercices expérientiels et pratiques, des échanges entre participants et un soutien individualisé par les animateurs. Les ateliers étaient animés par deux professionnelles de

la santé : une psychologue comptant plus de dix ans d'expérience en oncologie et une infirmière spécialisée en oncologie.

Plan d'analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées selon plusieurs considérations. Dans un premier temps, l'analyse de l'échantillon complet a été réalisée (N = 29) sur la base de l'intention de traitement. Selon le principe d'intention de traitement (« *Intent-To-Treat* », Kleist, 2009), l'analyse des données a été réalisée sur l'ensemble des participants qui étaient présents à au moins un des ateliers, bien que certains d'entre eux n'aient pas complété l'intervention en totalité. De plus, un test de Mann-Whitney a été réalisé sur l'ensemble des variables et indique que les participants ayant complété exclusivement l'atelier de la première semaine ne diffèrent pas des autres participants. Plus spécifiquement, les patients avec perte de suivi au post-test, au suivi à un mois et à trois mois ne différents pas quant à leurs scores initiaux pour l'ensemble de nos variables.

Dans un deuxième temps, une ANOVA à mesures répétées utilisant un modèle linéaire mixte (MLM) a été utilisée dans le but d'évaluer l'effet du Programme ACTION sur les deux variables principales (ruminations et qualité de vie). Une correction de Bonferroni a été appliquée puisqu'il a dépendance entre les données de l'étude. Le choix d'un MLM a été réalisé en raison de la structure imbriquée des données dans le temps et donc, par la présence de corrélations entre les observations. Le facteur fixe est représenté par les temps de mesures et le facteur aléatoire est caractérisé par les participants. Le MLM

permet également la prise en compte de l'ensemble des observations, même celles manquantes à des temps de mesure. Le seuil critique a été fixé à la valeur $p = 0,05$.

La procédure MIXED dans SAS ® (Institute, Inc., Cary, CN, ÉU) en version 9.4 (2017) a été utilisée pour estimer les modèles. Les prérequis pour le MLM ont été testés en amont de l'analyse dans le but de vérifier la normalité des résidus et l'homogénéité des variances. L'ensemble des prérequis a été validé pour nos variables (ruminations et qualité de vie). Les tests statistiques utilisés sont les tests non paramétriques de Mann-Whitney (comparaison de deux groupes indépendants) pour les variables quantitatives. La sélection des matrices corrélationnelles a été également réalisée en amont pour chaque variable testée (voir Appendice E).

Enfin, l'item 5 de l'échelle des PAA (rumination mentale négative) a été retiré de l'analyse statistique tel que suggéré par Douilliez et ses collaborateurs (2014), car il représente un coefficient faible sur le facteur PAA et dans la direction opposée à celle attendue.

Résultats

Les résultats obtenus à la suite des analyses statistiques seront détaillés dans cette partie. Le choix d'une matrice de variance-covariance a été réalisé préalablement, dans le but de répondre aux exigences de sphéricité de Mauchly pour l'ensemble des sous-échelles de nos variables (voir Appendice E).

Qualité de vie

La première hypothèse de cette étude consiste à vérifier les effets du Programme ACTION sur la qualité de vie des participants atteints d'un cancer. Il était attendu qu'au terme de l'intervention (post-test), les participants rapporteraient des scores significativement plus élevés de qualité de vie. Il était également attendu que les acquis se maintiendraient (un mois et trois mois après l'intervention). Outre l'évaluation globale de la qualité de vie (item unique et score total), nous avons également évalué chaque sous-dimension de la qualité de vie, dans une visée descriptive de cette variable.

Item unique

Le Tableau 4 indique les moyennes et les écarts-types de l'item unique pour chaque temps de mesure. L'item unique permet d'évaluer la qualité de vie subjective et globale par une échelle en 11 points (0 = *Très mauvaise*; 10 = *Excellente*). Le Tableau 5 fait ressortir qu'il y a au moins une différence statistiquement significative aux scores de

l'item unique selon les temps de mesure de notre étude ($F(3, 53) = 5,86$, $p = 0,002$). Plus précisément, le Tableau 6 indique que les participants auraient des scores plus élevés au post-test (M = 5,90, ÉT = 0,40) qu'au pré-test (M = 4,69, ÉT = 0,33). Cette différence de score est significative avec une très grande taille d'effet. Aussi, la moyenne des scores à l'item unique au post-test (M = 5,90, ÉT = 0,40) ne présente pas de différence significative (voir Tableau 6) avec celle au T3 (M = 6,02, ÉT = 0,40) et au T4 (M = 6,60, ÉT = 0,45). Les scores à l'item unique au post-test (T2) sont donc maintenus aux deux temps de suivi (T3 et T4).

Tableau 5

Moyenne et écart-type des ruminations et de la qualité de vie de l'échantillon en fonction des quatre temps de mesures

	Baseline T1 M (ET)	Post-tx T2 M (ET)	Pré-Post Taille d'effet *d(r)*	1 mois T3 M (ET)	3 mois T4 M (ET)
Rumination (Mini-CERTS)					
PAA	18,05 (0,79)	15,26 (0,85)	3,40 (0,86)	14,79 (0,86)	16,04 (0,90)
PCE	16,30 (0,65)	16,67 (0,75)	-	16,53 (0,79)	17,32 (0,92)
Qualité de vie (MQOL)					
Item unique	4,69 (0,33)	5,90 (0,40)	-	6,02 (0,40)	6,60 (0,45)
Bien-être physique	5,20 (0,36)	5,41 (0,46)	-	5,44 (0,48)	6,15 (0,56)
Symptômes physiques	3,97 (0,33)	4,40 (0,39)	-	4,20 (0,40)	4,17 (0,51)
Bien-être psychologique	4,57 (0,32)	5,98 (0,38)	-4,01 (-0,90)	6,11 (0,40)	6,01 (0,44)
Bien être existentiel	5,33 (0,26)	5,96 (0,29)	-	6,18 (0,31)	6,43 (0,34)
Soutien social	7,16 (0,43)	7,41 (0,47)	-	7,00 (0,49)	7,74 (0,50)
Total	5,24 (0,21)	5,93 (0,24)	-3,06 (-0,84)	5,89 (0,25)	6,28 (0,28)

Tableau 6

Application d'un modèle linéaire mixte (MLM) à mesures répétées pour les variables de rumination et de qualité de vie

	ddl	F	*p*
Rumination (Mini-CERTS)			
PAA	3	7,85 **	0,001
PCE	3	0,36	0,781
Qualité de vie (MQOL)	3		
Item unique	3	5,86 **	0,002
Bien-être physique	3	0,69	0,561
Symptômes physiques	3	0,24	0,869
Bien-être psychologique	3	4,72 **	0,006
Bien être existentiel	3	3,62 **	0,019
Soutien social	3	1,04	0,385
Total	3	5,02 **	0,004

Note. ** = significatif à $p < 0,05$

Tableau 7

Observation des différences avec le test de Student en fonction des temps de mesure pour les ruminations et la qualité de vie

	Pré-post traitement *t* (ddl); *p*	Post-1 mois *t* (ddl); *p*	Post-3 mois *t* (ddl); *p*
Rumination (Mini-CERTS)			
PAA	3,84 (49,4); $p = 0,002$**	0,62 (45,6); $p = 1,000$	1,00 (45,2); $p = 1,000$
PCE	-	-	-
Qualité de vie (MQOL)			
Item unique	-2,64 (55,3); $p = 0,066$	-0,24 (50,8); $p = 1,000$	-1,31 (50,3); $p = 1,000$
Bien-être physique	-	-	-
Symptômes physiques	-	-	-
Bien-être psychologique	-3,12 (47,6); $p = 0,018$**	-0,27 (41,8); $p = 1,000$	-0,05 (71,9); $p = 1,000$
Bien-être existentiel	-2,55 (51,3); $p = 0,084$	-0,83 (48,4); $p = 1,000$	-1,33 (62,3); $p = 1,000$
Soutien social	-	-	-
Total	-3,13 (48,8); $p = 0,003$**	0,18 (44,8); $p = 1,000$	-1,14 (62,7); $p = 1,000$

Note. ** = significatif à $p < 0,05$. Les ddl sont issus de la méthode dite de Satterthwaite.

Bien-être physique

Le Tableau 4 indique les moyennes et les écarts-types à l'échelle du bien-être physique pour chaque temps de mesure. Le Tableau 5 fait ressortir qu'il y a pas de différence statistiquement significative aux moyennes des scores au bien-être physique selon les temps de mesure de notre étude ($F(3, 39{,}5) = 0{,}69, p = 0{,}561$), bien que les scores aillent dans le sens d'une augmentation.

Symptômes physiques

Le Tableau 4 indique les moyennes et les écarts-types des symptômes physiques pour chaque temps de mesure. Le Tableau 5 fait ressortir qu'il y a pas de différence statistiquement significative aux moyennes des scores aux symptômes physiques selon les temps de mesure de notre étude ($F(3, 71) = 0{,}24, p = 0{,}869$). Des explications qui justifient ces résultats seront explorées dans la section Discussion.

Bien-être psychologique

Le Tableau 4 indique les moyennes et les écarts-types obtenus à la sous-échelle du bien-être psychologique pour chaque temps de mesure. Le Tableau 5 fait ressortir qu'il y a au moins une différence statistiquement significative aux scores du bien-être psychologique selon les temps de mesure de notre étude ($F(3, 47{,}6) = 4{,}72, p = 0{,}006$). Plus précisément, le Tableau 6 indique que les participants auraient des scores plus élevés au post-test ($M = 5{,}98$, $ÉT = 0{,}38$) qu'au pré-test ($M = 4{,}57$, $ÉT = 0{,}32$). Cette différence de score est significative avec une très haute taille d'effet.

Aussi, la moyenne des scores du bien-être psychologique au post-test (M = 5,98, ÉT = 0,38) ne présente pas de différence significative (voir Tableau 6) avec celle au T3 (M = 6,11, ÉT = 0,40) et au T4 (M = 6,01, ÉT = 0,44). Les scores à l'item du bien-être psychologique au post-test (T2) sont donc maintenus aux deux temps de suivi (T3 et T4).

Bien-être existentiel

Le Tableau 4 indique les moyennes et les écarts-types du bien-être existentiel pour chaque temps de mesure. Le Tableau 5 fait ressortir qu'il y a au moins une différence statistiquement significative aux scores du bien-être existentiel selon les temps de mesure de notre étude ($F(3, 50,2) = 3,62$, $p = 0,019$). Plus précisément, le Tableau 6 indique que les participants auraient des scores plus élevés au post-test (M = 5,96, ÉT = 0,29) qu'au pré-test (M = 5,32, ÉT = 0,26). Cette différence de score est très proche du seuil de signification ($p = 0,084$) et nous avons décidé d'en tenir compte.

Aussi, la moyenne des scores du bien-être existentiel au post-test (M = 5,96, ÉT = 0,29) ne présente pas de différence significative (voir Tableau 6) avec celle au T3 (M = 6,18, ÉT = 0,31) et au T4 (M = 6,43, ÉT = 0,34). Les scores à l'item du bien-être existentiel au post-test (T2) sont donc maintenus aux deux temps de suivi (T3 et T4). Des explications qui justifient ces résultats seront explorées dans la section Discussion.

cjCours.com

Soutien social

Le Tableau 4 indique les moyennes et les écarts-types obtenus à la sous-échelle du soutien social pour chaque temps de mesure. Le Tableau 5 fait ressortir qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative aux moyennes des scores au soutien social selon les temps de mesure de notre étude ($F(3, 48{,}4) = 1{,}04$, $p = 0{,}385$).

Score total

Le Tableau 4 indique les moyennes et les écarts-types du score total de qualité de vie pour chaque temps de mesure. Le Tableau 5 fait ressortir qu'il y a au moins une différence statistiquement significative au score total de qualité de vie selon les temps de mesure de notre étude ($F(3, 47{,}3) = 5{,}02$, $p = 0{,}004$). Plus précisément, le Tableau 6 indique que les participants auraient des scores plus élevés au post-test ($M = 5{,}93$, $ÉT = 0{,}24$) qu'au pré-test ($M = 5{,}24$, $ÉT = 0{,}21$). Cette différence de score est significative avec une très haute taille d'effet.

Aussi, la moyenne des scores totaux à la qualité de vie au post-test ($M = 5{,}93$, $ÉT = 0{,}24$) ne présente pas de différence significative (voir Tableau 6) avec celle au T3 ($M = 5{,}89$, $ÉT = 0{,}25$) et au T4 ($M = 6{,}28$, $ÉT = 0{,}28$). Les scores totaux de qualité de vie au post-test (T2) sont donc maintenus aux deux temps de suivi (T3 et T4).

En résumé, nous observons que les moyennes des scores à l'item unique et au score total sont statistiquement plus élevées au post-test qu'au pré-test. De plus, l'amélioration

des scores de la qualité de vie est maintenue un mois et trois mois après l'intervention. De ce fait, ces deux résultats vont dans le sens de notre première hypothèse qui indique que l'intervention permet d'améliorer significativement la qualité de vie. L'exploration des sous-dimensions de la qualité de vie permet également d'observer que les moyennes des scores du bien-être psychologique et du bien-être existentiel augmentent de manière significative et que cette augmentation est maintenue un mois et trois mois après l'intervention. Les autres dimensions de la qualité de vie (symptômes physiques, bien-être physique et soutien social) restent quant à elles stables dans le temps.

Ruminations mentales

La deuxième hypothèse de cette étude consistait à vérifier les effets du Programme ACTION sur les ruminations mentales des participants atteints d'un cancer. Il était attendu qu'au terme de l'intervention (post-test), les participants rapporteraient significativement moins de ruminations négatives (PAA), alors qu'ils rapporteraient une augmentation des ruminations positives (PCE). Il était attendu que les acquis se maintiendraient (un mois et trois mois après l'intervention).

Ruminations négatives (PAA)

Le Tableau 4 indique les moyennes et les écarts-types des PAA pour chaque temps de mesure. Le Tableau 5 fait ressortir qu'il y a au moins une différence statistiquement significative aux scores de PAA selon les temps de mesure de notre étude ($F(3, 47{,}3) = 7{,}85$, $p = 0{,}001$). Plus précisément, le Tableau 6 indique que les participants

auraient des scores moins élevés au post-test (M = 15,26, ÉT = 0,85) qu'au pré-test (M = 18,05, ÉT = 0,79) tel qu'attendu. Cette différence de score est significative avec une taille d'effet élevée.

Aussi, la moyenne des scores des PAA au post-test (M = 15,26, ÉT = 0,85) ne présente pas de différence significative (voir Tableau 6) avec celle au T3 (M = 14,79, ÉT = 0,86) et au T4 (M = 16,04, ÉT = 0,90). Les scores des PAA au post-test (T2) sont donc maintenus aux deux temps de suivi (T3 et T4).

Ruminations positives (PCE)

Le Tableau 4 indique les moyennes et les écarts-types des PCE pour chaque temps de mesure. Le Tableau 5 fait ressortir qu'il y a pas de différence statistiquement significative aux moyennes des scores aux PCE selon les temps de mesure de notre étude ($F(3, 48,7) = 0,36$, $p = 0,781$), bien que les moyennes montrent une tendance dans le sens d'une augmentation, tel qu'attendu.

Discussion

La présente étude avait pour objectif de vérifier les effets d'une intervention combinant la TAC et l'ACT sur la qualité de vie et les ruminations mentales des participants atteints d'un cancer. Deux hypothèses découlaient de cet objectif. Il était attendu qu'au terme de l'intervention (post-test), les participants rapporteraient une augmentation de leur qualité de vie (Hypothèse 1). Une description des sous-dimensions de la qualité de vie a également été réalisée dans le but de fournir une image plus précise des dimensions mobilisées par l'intervention. Il était également attendu que les participants rapporteraient après l'intervention (post-test) une diminution significative des ruminations négatives (PAA) et une augmentation significative des ruminations positives (PCE) (Hypothèse 2). Il était enfin attendu que les acquis (que ce soit pour la qualité de vie, les ruminations positives et les ruminations négatives) se maintiendraient (un mois et trois mois) après l'intervention.

Qualité de vie

Notre étude a permis d'examiner l'influence d'un programme d'intervention utilisant la TAC et l'ACT sur la qualité de vie de participants atteints d'un cancer. L'hypothèse de cette étude soulevait que la qualité de vie augmenterait à la suite u Programme ACTION. Nous faisions également l'hypothèse que les acquisitions se maintiendraient. Les résultats de cette étude suggèrent que l'intervention a permis d'augmenter significativement la qualité de vie globale des participants (score total et score sur l'item unique) et que cette

augmentation se maintient de manière significative un mois et trois mois après l'intervention, et ce, avec une haute taille d'effet. De plus, le questionnaire utilisé pour mesurer cette variable permet d'aller plus en profondeur dans les sous-dimensions de la qualité de vie. Les résultats des sous-échelles de la qualité de vie indiquent que l'évolution du bien-être de chaque dimension va dans le sens attendu, mais que seules les dimensions du bien-être existentiel et psychologique augmentent significativement et restent stables jusqu'à trois mois après l'intervention. L'amélioration de la qualité de vie, tout comme ses sous-dimensions, est toutefois à remettre en perceptive puisque l'absence de groupe de contrôle ne nous permet pas de conclure avec certitude que l'amélioration est bien induite par le Programme ACTION.

Les résultats vont cependant de pair avec d'autres interventions utilisant la TAC auprès d'une population atteinte de cancer, qui ont démontré que cette thérapie permettait une augmentation significative de la qualité de vie (p. ex., Hopko et al., 2003, 2013). Les essais cliniques randomisés auprès de cette population démontrent en effet l'efficacité de l'activation comportementale pour améliorer la qualité de vie (Hopko et al., 2011, 2013). Les résultats obtenus vont également dans le sens des interventions qui utilisent l'ACT pour augmenter la qualité de vie des patients atteints de cancer (González-Fernández & Fernández-Rodríguez, 2018). Selon ces études, l'ACT ferait partie des thérapies les plus efficaces pour cette population pour augmenter la qualité de vie, comparativement à d'autres thérapies réalisées en groupe (Páez, Luciano, & Gutiérrez, 2007; Hawkes, Pakenham, Chambers, Patrao, & Courneya, 2014). Notre étude pourrait corroborer les

études qui évaluent la qualité de vie de manière subjective et multidimensionnelle, et non uniquement centrée sur les symptômes physiques ou anxio-dépressifs (Hopko et al., 2011, 2013). Les données présentées permettraient également un repérage des sous-dimensions de la qualité de vie grâce au questionnaire utilisé. Aussi, nos résultats se placent en complémentarité de l'ensemble des études précédemment citées puisque notre intervention combine ces deux précédentes thérapies qui, à notre connaissance, n'ont jamais été intégrées auprès d'une population atteinte de cancer.

Les méthodes liées à la TAC et à l'ACT sous-jacentes au Programme ACTION pourraient avoir eu un effet sur l'amélioration de la qualité de vie. L'intervention réalisée pourrait avoir contribuée à promouvoir l'acceptation des émotions pénibles, en incitant les personnes à réaliser des actions engagées en présence de ces dernières. Cette mise en place d'actions engagées vers les valeurs des participants aurait pu être centrale dans l'amélioration de la qualité de vie, en ayant permis d'augmenter le plaisir et le nombre de renforçateurs positifs dans leur quotidien. Outre l'activation, le Programme ACTION pourrait avoir facilité l'exposition aux émotions pénibles. Ainsi, l'habituation aux émotions et aux sensations désagréables aurait pu permettre de soulager la détresse des participants et d'augmenter progressivement leur qualité de vie. Les participants ont également été amenés à entrevoir leurs pensées avec plus de recul et de bienveillance par des techniques de défusion cognitive. Cette exposition à des évènements désagréables aurait pu permettre de contrecarrer l'évitement, qui est un processus central dans la diminution de la qualité de vie. De surcroit, la TAC utilisée dans l'intervention a aussi

l'avantage de définir en profondeur les objectifs visés et les freins limitant ces objectifs pour chacune des personnes, de sorte à cibler plus adéquatement les réussites possibles pour améliorer leur qualité de vie.

Le questionnaire de McGill sur la qualité de vie (MQOL; Cohen et al., 1995) permettrait d'aller plus en profondeur dans les sous-dimensions qui ont été sensibles à l'intervention. Les résultats ont montré que deux sous-dimensions ont été significativement améliorées : le bien-être psychologique et le bien-être spirituel. Concernant le bien-être psychologique, les thérapies du Programme ACTION auraient pu contribuer à l'augmentation de cette dimension par le fait de réaliser des activités ayant du sens pour les participants. Le plaisir occasionné par la réussite de ses activités, malgré la présence d'émotions pénibles, aurait pu contribuer au bonheur des participants. L'exploration des valeurs en profondeur pour chaque participant aurait également pu contribuer au bien-être psychologique, puisque les actions réussies avaient un sens profond pour chacun d'entre eux. Le fait de vivre en cohérence avec ses valeurs permet en effet un plus grand bien-être psychologique (McCraken & Yang, 2006). Le travail sur l'acception induit par l'ACT aurait également pu permettre de contribuer au bien-être psychologique. Un travail émotionnel avec des personnes atteintes de cancer tend en effet à réduire la détresse et à augmenter leur bien-être psychologique (Stanton et al., 2000). L'augmentation du bien-être spirituel par le Programme ACTION pourrait aller dans le sens des recherches actuelles qui arguent que les thérapies de troisième vague s'intéressent à des questions plus fondamentales comme le sens de la vie, comparativement aux TCC

traditionnelles (Hayes et al., 2011). Au même titre que le bien-être psychologique, l'exploration des valeurs des participants aurait pu contribuer à l'augmentation du bien-être spirituel. Ces résultats sont aussi en adéquation avec d'autres interventions actuelles en oncologie, qui observent une amélioration de cette sphère avec des thérapies de troisième vague de TCC ou basées sur la psychologie positive (Casellas-Grau, Font, & Vives, 2014). Les questionnements existentiels sont nombreux avec l'expérience de la maladie et une thérapie qui les prend en compte, comme l'ACT, serait tout indiquée avec cette population.

À la suite du Programme ACTION, d'autres dimensions de la qualité de vie resteraient cependant stables (symptômes physiques, bien-être physique, symptômes psychologiques et soutien social) dans le temps. Bien que la diminution des symptômes physiques et psychologiques était des changements visaient de second rang, d'autres études utilisant la TAC avec des personnes atteintes de cancer en observent toutefois cette diminution (Hopko et al., 2005). Une hypothèse serait que ces interventions sont réalisées après les traitements anticancéreux, ce qui n'était pas le cas pour notre population. En effet, notre échantillon était majoritairement composé de personnes en cours de traitements exigeants (p. ex., chirurgie, chimiothérapie), qui auraient pu occasionner de lourdes répercussions psychologiques et physiques, hors de notre contrôle. Le Programme ACTION n'a également pas eu de répercussions positives sur la sphère sociale des participants, ce qui semble cohérent puisque l'intervention ne ciblait pas spécifiquement la sphère interpersonnelle. D'autres interventions psychosociales permettent de

développer les relations avec l'entourage des personnes atteintes de cancer, mais ces dernières font intervenir directement les proches aidants dans leur atelier, ce qui n'était pas le cas avec le Programme ACTION.

Ruminations mentales

La section suivante présentera la discussion des résultats obtenus aux ruminations mentales négatives et aux ruminations mentales positives. Elle permettra de répondre à l'hypothèse 2 de notre étude : Il est attendu que les participants rapporteront après l'intervention (post-test) une diminution significative des ruminations négatives (PAA) et une augmentation significative des ruminations positives (PCE). Il est également souhaité que les acquis se maintiennent dans le temps (un mois et trois mois) après l'intervention.

Ruminations mentales négatives

Notre étude a permis d'examiner l'influence d'un programme d'intervention utilisant la TAC et l'ACT sur les ruminations mentales négatives de participants atteints d'un cancer. Notre étude faisait l'hypothèse que les ruminations mentales dites négatives (PAA) diminueraient à la suite du Programme ACTION. Nous faisions également l'hypothèse que les acquisitions se maintiendraient dans le temps. L'accent mis sur les ruminations était dû au fait que ces dernières seraient considérées dans la littérature comme un processus impliqué de façon importante dans le développement des troubles cliniques (Kinderman et al., 2013). Les résultats de cette étude pilote suggèrent des changements significatifs entre le prétest et le post-test de notre étude, dans la direction

attendue pour les PAA. Plus spécifiquement, les résultats montrent que les PAA diminuent avec l'intervention et que les scores sont maintenus jusqu'à trois mois suivant la fin des ateliers du Programme ACTION. Cette diminution est associée à une haute taille d'effet, malgré la petite taille de l'échantillon.

L'utilisation d'une intervention de troisième vague pour diminuer les symptômes dépressifs des personnes atteintes d'un cancer, et particulièrement les ruminations, pourrait aller dans le sens des recherches actuelles. C'est le cas notamment des interventions de pleine conscience auprès de cette population (p. ex., Goyal et al., 2014; Labelle, Campbell, & Carlson, 2010; Zainal, Booth, & Huppert, 2013). Notre intervention pourrait donc se placer en complémentarité des études déjà existantes, puisqu'elle utilise des techniques de pleine conscience, sans pour autant s'y centrer.

Les techniques de troisième vague de TCC utilisées dans le Programme ACTION auraient pu contribuer à diminuer les ruminations mentales négatives de personnes atteintes d'un cancer. Plusieurs stratégies thérapeutiques enseignées dans l'intervention pourraient encourager les personnes atteintes de cancer à se désengager du cercle vicieux des ruminations négatives comme la centration sur le moment présent, l'explication et l'expérimentation des stratégies d'évitement ou l'engagement dans des actions reliées aux valeurs profondes de la personne. L'emploi de ces stratégies pourrait constituer une voie alternative au processus de PAA qui tend à amplifier les émotions pénibles et à augmenter le risque de leur chronicisation vers un trouble clinique (Watkins, 2004). De ce fait, les

techniques d'intervention auraient pu contrecarrer l'évitement, dont le processus de ruminations mentales négatif fait partie. De plus, plusieurs études mettent en avant que les PAA nuisent à la mise en action (p. ex., Watkins & Baracaia, 2002), ingrédient central dans la TAC. Le fait de promouvoir la mise en action des participants aurait ainsi pu contribuer à sortir du cercle vicieux de l'évitement et donc diminuer les PAA.

Des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour identifier le ou les mécanisme(s) responsable(s) de la diminution des ruminations négatives. Certaines recherches scientifiques suggèrent par exemple que le cercle vicieux des ruminations négatives serait sous-tendu par un déficit de flexibilité psychologique (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000; Koster, De Lissnyder, Derakshan, & De Raedt, 2011). Les personnes ayant tendance à ruminer pourraient donc avoir un déficit de leur capacité à être psychologiquement présentes dans l'ici et le maintenant (ou pleine conscience), et dans leur capacité à mettre en place des actions efficaces (Harris, 2009). D'autres études observent quant à elles un lien entre les ruminations négatives et la difficulté à inhiber des informations non pertinentes (Joormann & Gotlib, 2008). Les ruminations mentales pourraient aussi être déclenchées lors de la non-atteinte d'un but perçu comme important pour l'individu (Ekman, 1999; Martin & Tesser, 1996).

Ruminations mentales positives

Notre étude a aussi permis d'examiner l'influence d'un programme d'intervention utilisant la TAC et l'ACT sur les ruminations mentales positives de participants atteints

d'un cancer. Notre étude faisait l'hypothèse que les ruminations mentales dites positives (PCE) augmenteraient à la suite de cette intervention. Nous faisions également l'hypothèse que les acquisitions se maintiendraient dans le temps. Contrairement à l'hypothèse de départ, les résultats montrent que les PCE n'augmentent pas de manière significative à la suite de l'intervention. Or, on observe néanmoins que les scores vont dans la direction attendue et que la différence des scores est proche du seuil de signification. Ainsi, bien que ces résultats ne soient pas significatifs, l'augmentation de la moyenne des scores de PCE est à la hausse. L'augmentation des PCE est toutefois à remettre en perceptive puisque l'absence de groupe de contrôle ne nous permet pas de conclure avec certitude que cette amélioration soit induite par le Programme ACTION.

Ce résultat va cependant dans le sens des recherches actuelles qui montrent que la mise en route des PCE prend du temps, afin que la personne atteinte du cancer puisse s'approprier cette lourde expérience de vie (Helgeson et al., 2006). Durant l'expérience du cancer, la personne n'a en effet pas la possibilité de prendre du recul sur l'évènement qu'elle est en train de vivre, car la maladie engendre beaucoup d'incertitude et de perte de contrôle, qui nuisent au développement précoce des PCE (Treynor et al., 2003). De ce fait, la personne a des difficultés pour se centrer sur ce qu'elle pense et ressent au moment présent, puisque sa vie actuelle est difficile à gérer, du fait des nombreux défis que le cancer engendre. Ce résultat pourrait aussi aller dans le même sens qu'une intervention à cas unique réalisée auprès d'une femme présentant des symptômes anxio-dépressifs. Dans

cette intervention, les PCE restaient en effet stables même 12 semaines après la thérapie cognitivo-comportementale (Dethier, Baeyens, Bouvard, & Philippot, 2015).

La longue mise en route des PCE pourrait aussi aller dans le sens des thérapies psychodynamiques portant sur le traumatisme psychologique. Ces approches expliquent que le travail de transformation de la trace mnésique de l'expérience du cancer en représentation symbolique (défini par Rousillon, en 1995 comme la symbolisation) prend une longue période de temps et se réalise dans l'après-coup des traitements, seulement lorsque la personne se sentirait en sécurité. Notre intervention de cinq semaines serait ainsi sans doute de trop courte durée pour permettre à la personne de développer de manière significative ses ruminations positives.

Au même titre que les recherches sur les PAA, il serait intéressant de connaitre les processus qui permettent de développer les PCE. La recherche sur le développement des PCE ou ses processus sous-jacents est peu présente dans la littérature scientifique actuelle (Gilbert, Luking, Pagliaccio, Luby, & Barch, 2017). Plusieurs chercheurs font l'hypothèse qu'un des ingrédients majeurs pour développer les PCE serait le partage social (Delfosse, Nils, Lasserre, & Rimé, 2014). Pour ces derniers, partager un événement de vie difficile avec d'autres personnes pourrait permettre à l'individu de clarifier sa pensée, de mettre une certaine distance entre le contenu de sa pensée et les émotions pénibles y étant rattachées par l'utilisation du langage, de remettre en question ses croyances en interrogeant les autres ou de remettre du sens sur un événement de vie difficile (Delfosse

et al., 2014). De ce fait, une thérapie de groupe avec des personnes atteintes d'un cancer, centrée sur les échanges entre les participants et sur le développement des liens interpersonnels, pourrait permettre d'amorcer le processus de PCE.

Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites. Les conclusions de notre étude sont tout d'abord à moduler puisque le protocole n'inclut pas de groupe contrôle. Les changements observés pourraient être dus à la résultante de variables non spécifiques (p. ex., soutien apporté par le groupe ou alliance thérapeutique). Par conséquent, aucune conclusion ne peut être tirée quant à savoir si les changements observés sont réellement dus à notre intervention, qui combine des thérapies de troisième vague de TCC. De telles conclusions pourraient être fournies avec un essai aléatoire avec groupe contrôle. Cependant, nos résultats ont une haute taille d'effet, ce qui est prometteur même avec une petite taille d'échantillon (N = 29). Aussi, notre intervention manualisée implique des suivis à un mois et à trois mois, ce qui est plutôt rare pour un projet pilote ou une étude comportant un nombre limité de participants. La majorité des participants de notre échantillon avaient également un niveau d'éducation élevé, était actuellement en traitement de chimiothérapie et à la retraite. Les résultats ne peuvent donc pas se généraliser en dehors de ces caractéristiques. Cependant, notre étude à l'avantage de ne pas se restreindre ni à un type de cancer particulier (p. ex., cancer du côlon), ni à un stade particulier de la maladie, restrictions importantes auprès de cette population. Aussi, notre population est composée à 30 % d'hommes, proportion particulièrement rare en oncologie. Notre échantillon se

rapproche donc davantage d'une population diversifiée susceptible de se retrouver dans la population générale. Notre recherche a également eu un taux d'abandon important, mais on remarque que les deux tiers des participants ont complété l'ensemble des ateliers. Le taux d'abandon était principalement relié à la difficulté de conjuguer les traitements médicaux avec les ateliers du Programme ACTION ou à l'état de fatigue des participants. D'autres limites ont pu également être observées. Les questionnaires autorapportés ont pu, par exemple, générer un biais de désirabilité sociale. Cependant, nous avons tenté de réduire ce biais en proposant des questionnaires anonymisés. Concernant les questionnaires, les participants ont pu se montrer critiques quant au temps de passation de ces derniers, qui auraient pu occasionner de la fatigue. De ce fait, l'état de fatigue des participants aurait pu désavantager notre recherche. Il serait ainsi intéressant de pouvoir revoir la série de questionnaires à la baisse pour une prochaine étude. Durant le temps de notre étude, l'échelle évaluant la qualité de vie a notamment été revisitée dans le but d'alléger son nombre d'items tout en conservant de très bonnes propriétés psychométriques (Cohen et al., 2017). Pour finir, il aurait pu être pertinent d'utiliser d'autres critères que le niveau de détresse léger à modérer pour présenter le Programme ACTION comme une intervention préventive. Des critères plus objectifs par exemple, comme la date du diagnostic, auraient pu appuyer les choix d'une intervention préventive.

Bien que notre étude possède plusieurs limites, la portée des conclusions est à entrevoir dans le contexte d'une étude pilote qui, par définition, est destinée à tester la faisabilité d'études de ce type, dans le respect de l'éthique et de la déontologie. Notre

étude reste toutefois originale, car elle a notamment permis de combiner deux approches cliniques de troisième vague à ce jour jamais associées dans une intervention avec des personnes atteintes de cancer, de tester deux types de ruminations dans une même étude ou d'explorer plus en profondeur les sous-dimensions de la qualité de vie.

Conclusion

Le Canada a fait de la gestion de la détresse un de ses piliers de bataille puisqu'elle est considérée comme le sixième signe vital en oncologie (National Comprehensive Cancer Network, 2010). La prise en compte de la détresse est en effet centrale pour les patients atteints de cancer (Carlson et al., 2004). Les émotions pénibles engendrées par l'expérience du cancer peuvent effectivement se chroniciser si elles perdurent et s'intensifient, en contribuant au développement de la détresse (Philip & Kissane, 2017). La détresse est une expérience multifactorielle qui peut ainsi altérer considérablement la qualité de vie des patients atteints de cancer (Filion et al., 2014).

De ce fait, le dépistage précoce de la détresse est réalisé de plus en plus systématiquement dans les hôpitaux. Malgré cette avancée majeure, peu d'interventions psychosociales ont pour but de prévenir la chronicisation de la détresse par le biais d'ateliers spécifiques. Ce frein pourrait être appuyé par les données scientifiques disponibles en oncologie qui suggèrent plutôt de sélectionner les participants atteints de cancer avec un niveau élevé de détresse initiale, dans le but de maximiser l'efficacité de l'intervention psychosociale. Notre intervention semble cependant avoir eu des résultats intéressants, même en sélectionnant les participants avec des scores initiaux bas de détresse.

L'ensemble des techniques de la TAC et de l'ACT de notre programme d'intervention a pour point d'orgue de contrecarrer l'évitement. Les données ont mis en lumière que le diagnostic de cancer et ses traitements tendent à réduire considérablement l'engagement des patients vers des activités agréables lors de leur parcours dans la maladie. L'évitement permet de soulager partiellement la personne à court terme, mais tend à alimenter la détresse à long terme. Le Programme ACTION pourrait ainsi contribuer aux recherches cliniques qui tentent d'intervenir auprès d'une population atteinte d'un cancer avant la chronicisation de la détresse et à augmenter l'action vers des activités qui sont agréables et riches de sens pour les patients.

Le choix d'orienter le Programme ACTION vers la qualité de vie n'est pas anodin. En effet, cette variable est centrale dans les interventions psychosociales actuelles avec une population atteinte de cancer, qui est confrontée à de lourdes séquelles et pertes occasionnées par la maladie et ses traitements. Bien que ce concept soit large et encore mal opérationnalisé dans la recherche, il aurait avantage à être développé pour faire en sorte que les patients puissent bénéficier d'un accompagnement sur l'ensemble des sphères de leur vie qui nuisent et qui améliorent leur qualité de vie. Étant donné la multidimensionnalité et la subjectivité du concept de qualité de vie, il y aurait également un avantage à proposer des interventions qui combinent plusieurs thérapies, de sorte à maximiser les avantages d'une intervention globale. Le Programme ACTION va dans le sens de ce déploiement, en ayant envisagé une intervention qui combine les thérapies TAC et ACT. Plutôt que d'essayer de confronter ou de comparer les thérapies entre elles,

l'intégration de thérapies d'approches variées pourrait être une voie d'avenir intéressante pour pouvoir s'ajuster au mieux aux besoins des patients. L'intégration des thérapies de troisième vague pourrait permettre également d'agir sur les processus psychologiques et de mieux comprendre les mécanismes de changement.

La tendance à ruminer a été identifiée dans de nombreuses recherches comme un facteur de risque pour l'apparition de trouble anxio-dépressifs, extrêmement présent chez la population atteinte d'un cancer. Une manière de contrer l'apparition des ruminations et la chronicisation des émotions pénibles en trouble clinique serait de trouver des interventions préventives pour cette population. Ces interventions, dont fait partie le Programme ACTION, permettraient entre autres de réduire les coûts de santé liés à la prise en charge de ces troubles, en outillant de la meilleure manière et le plus tôt possible les personnes atteintes de cancer. Notre recherche permet également de voir le processus de rumination de manière plus nuancée, en ne se focalisant pas exclusivement sur son côté négatif. Le regard porté aux ruminations positives va aussi dans le sens des thérapies qui tendent à favoriser la résilience de l'individu, c'est-à-dire sa capacité à surmonter une situation difficile qui génère un fort stress comme le cancer.

À la lumière de notre recherche sur les ruminations et des données de la littérature, plusieurs considérations cliniques pourraient être réalisées grâce à nos résultats. Premièrement, il pourrait être intéressant pour le clinicien qui travaille auprès de la population atteinte de cancer de ne pas travailler les cognitions d'une manière distinctive

de l'émotion. Ce constat s'appuie sur la distinction réalisée sur les deux types de ruminations. Dans les PAA, l'émotion est évitée, alors qu'elle est prise en compte dans les PCE, ce qui permet de donner du sens à l'expérience de cette maladie. Deuxièmement, la distinction faite entre PAA et PCE présuppose que cette différence ne s'appuie pas uniquement sur les contenus des ruminations, mais sur sa fonction (Watkins, 2004). Une approche clinique qui se centre sur les fonctions des comportements (ou des émotions et des pensées) plutôt que sur les comportements eux-mêmes serait à privilégier. Troisièmement, la rumination est considérée comme un des processus les plus importants impliqués dans les troubles cliniques. Plutôt que de diriger sa pratique sur des symptômes ou sur une approche catégorielle, il pourrait être intéressant de cibler davantage en thérapie les processus au cœur du maintien et du développement de ces troubles (Nef, Philippot, & Verhofstadt, 2012). Les interventions psychothérapeutiques actuelles sur les processus sont une voie d'avenir intéressante pour les cliniciens comme pour leurs patients.

Chaque patient suit son propre rythme pour s'approprier l'expérience du cancer. Les questionnements existentiels sont nombreux avec cette maladie, qui représente une véritable fracture biographique dans la vie de la personne. Puisque le développement des PCE est un processus qui prend du temps, il pourrait être avantageux pour le clinicien de mesurer cette dimension au départ du suivi, de sorte à ajuster sa pratique en fonction des besoins de la personne atteinte de cancer. Évaluer cette dimension pourrait permettre de savoir où se situe la personne face à l'expérience du cancer (p. ex., a-t-elle besoin d'explorer le sens existentiel de la maladie? a-t-elle besoin d'être informée et validée sur

les répercussions de la maladie et de ses traitements?). Dans le cas où cela n'est pas réalisé, il serait sans doute inconfortable pour le patient si le psychothérapeute venait à interroger le sens de la maladie lorsque ce dernier serait dans la phase de contrôle des répercussions de la maladie. Inversement, il serait désagréable pour le patient si le psychologue était centré uniquement sur la psychoéducation des répercussions du cancer, alors que le patient aurait un grand besoin d'explorer cette expérience (PCE) pour y trouver un sens existentiel. De ce fait, la flexibilité pourrait être une capacité au centre de la pratique du thérapeute, de sorte à ajuster sa thérapie en fonction de chacun de ses patients, et non l'inverse.

Références

Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation approach to getting your life back.* Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Addis, M. E., & Martell, C. R. (2009). *Vaincre la dépression une étape à la fois* (traduit par J. M. Boisvert et M. C. Blais). Montréal, QC : Les Éditions de l'Homme.

Alder, J., Bitzer, J., & Brédart, A. (2009). Prise en charge psycho-oncologique de la jeune femme enceinte confrontée au cancer. *Psycho-oncologie, 3*(2), 81-87.

Alexander, S. C., Pollak, K. I., Morgan, P. A., Strand, J., Abernethy, A. P., Jeffreys, A. S., ... Manusov, J. R. (2011). How do non-physician clinicians respond to advanced cancer patients' negative expressions of emotions? *Supportive Care in Cancer, 19*(1), 155-159.

Altenloh, E. (2011). L'activation comportementale. Dans I. Kotsou & A. Heeren, (Éds), *Pleine conscience et acceptation* (pp. 365-408). Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.

Andersen, B. L., Rowland, J. H., & Somerfield, M. R. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Oncology Practice, 11*(2), 133-134.

Anderson-Hanley, C. A. Y., Sherman, M. L., Riggs, R., Agocha, V. B., & Compas, B. E. (2003). Neuropsychological effects of treatments for adults with cancer: A meta-analysis and review of the literature. *Journal of the International Neuropsychological Society, 9*(7), 967-982.

Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2005). Persistence of restrictions in quality of life from the first to the third year after diagnosis in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 23*(22), 4945-4953.

Ashley, L., Marti, J., Jones, H., Velikova, G., & Wright, P. (2015). Illness perceptions within 6 months of cancer diagnosis are an independent prospective predictor of health-related quality of life 15 months post-diagnosis. *Psycho-Oncology, 24*(11), 1463-1470.

Baeyens, C. (2016). D'une approche symptomatique à une approche transdiagnostique : le cas des pensées répétitives négatives. Dans J. L. Monestès & C. Baeyens, (Éds), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie* (pp. 103-119). Paris, France : Dunod.

Baider, L., Perez, T., & De-Nour, A. K. (1989). Gender and adjustment to chronic disease: A study of couples with colon cancer. *General Hospital Psychiatry, 11*(1), 1-8.

Barnard, P., Watkins, E., Mackintosh, B., & Nimmo-Smith, I. (2007). *Getting stuck in a mental rut: Some process and experiential attributes*. Affiche présentée au 35^{e} congrès de la British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, Brighton, Angleterre.

Baumstarck, K., Leroy, T., Boyer, L., & Auquier, P. (2015). Intérêts et limites de l'évaluation de la qualité de vie dans le champ des maladies chroniques. *Motricité cérébrale : réadaptation, neurologie du développement, 36*(1), 24-30.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.

Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2015). La trajectoire de soins au sein d'équipes interprofessionnelles en oncologie : perspectives de patients et de proches. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie, 25*(1), 23-29.

Blais, M. C., & Boisvert, J. M. (2010). La thérapie d'activation comportementale : une avancée importante dans le traitement de la dépression. *Revue québécoise de psychologie, 31*(3), 127-144.

Blais, M. C., Gagnon, P., Dionne, F., Chenal, A., & Fortin, C. (2017, août). *The take ACTION program for cancer patients: A group-based approach to promoting behavioral activation and acceptance of painful experiences*. Affiche présentée au 19th World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy, Berlin, Allemagne.

Blais, M, C., Gagnon, P., Ivers, H., & Boivert, J. M. (2015). L'activation comportementale pour améliorer l'humeur chez les survivants du cancer : étude de cas uniques. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 20*(3), 56-75.

Boinon, D., Charles, C., Dauchy, S., & Sultan, S. (2011). Les effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer : une revue systématique de la littérature. *Psycho-oncologie, 5*(3), 173-190.

Bonnetain, F., & Hebbar, M. (2015). Critères de jugement dans les essais thérapeutiques sur le cancer colorectal métastatique. *La lettre du cancérologue, 24*(3), 162-166.

Bonnetain, F., & Joly, F. (2017). Qualité de vie en oncologie. *La lettre du cancérologue, 26*(4), 157-158.

Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research, 22*(6), 561-576.

Boucher, P., & Beauregard, F. (2010). *Le coût économique du cancer au Québec, en 2008*. Montréal, QC : Coalition priorité cancer au Québec.

Brédart, A., & Dolbeault, S. (2005). Évaluation de la qualité de vie en oncologie : définitions et objectifs. *Revue francophone de psycho-oncologie, 4*(1), 7-12.

Bridou, M., & Aguerre, C. (2010). Spécificités, déterminants et impacts de l'anxiété liée au cancer : revue de question des apports de l'approche cognitivo-comportementale. *Psycho-oncologie, 4*(1), 26-32.

Broeckel, J. A., Jacobsen, P. B., Balducci, L., Horton, J., & Lyman, G. H. (2000). Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 62*(2), 141-150.

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmser, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care, 7*(2), 6-9.

Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification, 39*(2), 295-321.

Bultz, B. D. (2016). Patient care and outcomes: Why cancer care should screen for distress, the 6th vital sign. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 3*(1), 21-24.

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five years observational cohort study. *BMJ, 330*(7493), 702.

Campbell, T. S., Labelle, L. E., Bacon, S. L., Faris, P., & Carlson, L. E. (2012). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: A waitlist-controlled study. *Journal of Behavioural Medicine, 35*, 262-271.

Carlson, L. E. (2017). *CBT for psychological well-being in cancer. A skills training manual integrating DBT, ACT, behavioral activation and motivational interviewing.* West Sussex, Angleterre: John Wiley and Sons.

Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., ... Simpson, J. S. A. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer, 90*(12), 2297-2304.

Carriochi, J. (2013). *Live well, ACT Now.* Repéré à http://josephciarrochi.com/ACTOZ/index.html

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Bulletin, 92*, 111-135.

Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology, 23*(1), 9-19.

Cayrou, S., & Dickes, P. (2008). La qualité de vie liée à la santé dépend-elle de la localisation du cancer? Dans A. M. Brocas (Éd.*), La vie deux ans après le diagnostic de cancer* (pp. 164-183). Paris, France : La documentation française.

Cella, D. F. (2007). Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers, 1*(88), 25-31.

Cella, D. F., & Patel, J. D. (2008). Improving health-related quality of life in non-small-cell lung cancer with current treatment options. *Clinical Lung Cancer, 9*(4), 206-212.

Cernvall, M., Skogseid, E., Carlbring, P., Ljungman, L., Ljungman, G., & Von Essen, L. (2016). Experiential avoidance and rumination in parents of children on cancer treatment: Relationships with posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 23*(1), 67-76.

Chan, M. W., Ho, S. M., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 20*(5), 544-552.

Cho, O. H., Yoo, Y. S., & Kim, N. C. (2006). Efficacy of comprehensive group rehabilitation for women with early breast cancer in South Korea. *Nursing & Health Sciences, 8*(3), 140-146.

Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology, 18*(10), 1045-1052.

Clicours.COM

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, M. S., & Cohen, E. K. (1981). Behavioral family systems intervention in terminal care. Dans H. J. Sobel (Éd.), *Behavior therapy in terminal care* (pp. 177-204). Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.

Cohen, S. R., Boston, P., Mount, B. M., & Porterfield, P. (2001). Changes in quality of life following admission to palliative care units. *Palliative Medicine, 15*(5), 363-371.

Cohen, S. R., & Mount, B. M. (2000). Living with cancer: "Good" days and "bad" days—what produces them? Can the McGill quality of life questionnaire distinguish between them? *Cancer, 89*(8), 1854-1865.

Cohen, S. R., Mount, B. M., Bruera, E., Provost, M., Rowe, J., & Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: A multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine, 11*(1), 3-20.

Cohen, S. R., Mount, B. M., Strobel, M. G., & Bui, F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire: A measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine, 9*(3), 207-219.

Cohen, S. R., Mount, B. M., Tomas, J. J., & Mount, L. F. (1996). Existential well-being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill quality of life questionnaire. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 77(*3), 576-586.

Cohen, S. R., Sawatzky, R., Russell, L. B., Shahidi, J., Heyland, D. K., & Gadermann, A. M. (2017). Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire-Revised. *Palliative Medicine, 31*(2), 120-129.

Collet, L., & Cottraux, J. (1986). Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items). Etude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Wildlöcher. *Encéphale, 12*, 77-79.

Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and non-ruminators. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 699-711.

Debenedetti, A., & Gomez, P. (2006). La théorie de la rumination : état de l'art et perspectives de recherche en comportement du consommateur. *Recherche et applications en marketing, 21*(1), 1-15.

Delevallez, F., Liénard, A., Gibon, A. S., & Razavi, D. (2014). L'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie : l'expérience belge. *Revue des maladies respiratoires, 31*(8), 721-728.

Delfosse, C., Nils, F., Lasserre, S., & Rimé, B. (2014). Les motifs allégués du partage social et de la rumination mentale des émotions : comparaison des épisodes positifs et négatifs. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 4*, 35-44.

Delvaux, N. (2006). L'expérience du cancer pour les familles. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 36*(1), 81-101.

Desmedt, S. G., & Shaha, M. (2013). La place de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Recherche en soins infirmiers,* (4), 19-35.

Dethier, V., Baeyens, C., Bouvard, M., & Philippot, P. (2015). Application à un cas clinique d'un protocole d'évaluation des processus pour les troubles anxiodépressifs. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 25*(3), 93-105.

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine, 160*(14), 2101-2107.

Dionne, F. (2014). *Libérez-vous de la douleur : par la méditation et l'ACT*. Paris, France : Éditions Payot et Rivages.

Dionne, F., & Blais, M. C. (2014). Pleine conscience et douleur chronique : état actuel des connaissances. *Revue québécoise de psychologie, 35*(2), 47-69.

Dionne, F., Blais, M. C., Boisvert, J. M., Beaudry, M., & Cousineau, P. (2010). Optimiser la thérapie comportementale et cognitive avec les innovations de la troisième vague. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 15*(1), 1-15.

Dionne, F., Blais, M. C., & Khoury, B. (2014). Les TCC transdiagnostiques : un complément (ou une alternative) à l'approche par diagnostic du DSM-5. *Revue québécoise de psychologie, 35*(3), 233-251.

Dionne, F., Blais, M. C., & Monestès, J. L. (2013). Mieux vivre avec la douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Santé mentale au Québec, 38*(2), 131-152.

Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie, 31*(3), 15-36.

Dionne, F., Ngô, T. L., & Blais, M. C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec, 38*(2), 111-130.

Dondé, C., Moirand, R., & Carre, A. (2018). L'activation comportementale : un outil simple et efficace dans le traitement de la dépression. *L'encéphale, 44*(1), 59-66.

Douilliez, C., Heeren, A., Lefèvre, N., Watkins, E., Barnard, P., & Philippot, P. (2014). Validation de la version française d'un questionnaire évaluant les pensées répétitives constructives et non constructives. *Canadian Journal of Behavioural Science, 46*(2), 185-192.

Ekman, P. (1999). Basic emotions. Dans T. Dalgleish, & M. Power (Éds), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 45-60). Sussex, Angleterre: John Wiley & Sons.

Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology, 31*(6), 782-793.

Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncology, 22*(2), 459-464.

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28*, 857-870.

Fillion, L., de Serres, M., Tremblay, A., Blais, M. C., Robitaille, M. A., & Boucher, S. (2014). Sensibiliser les équipes soignantes à la prise en compte de la souffrance psychique : l'expérience du dépistage de la détresse au CHU de Québec. *Psycho-oncologie, 8*(1), 37-44.

Fisher, P. L., Byrne, A., & Salmon, P. (2017). Metacognitive therapy for emotional distress in adult cancer survivors: A case series. *Cognitive Therapy and Research*, 1-11.

Fitch, M. I. (2008). Providing supportive care. Dans M. I. Fitch, H. B. Porter, & B. D. Page (Éds), *Supportive care framework: A foundation for person-centred care* (pp. 23-24). Pembroke, ON: Pappin Communications.

Frankel Kelvin, J., & Tyson, L. B. (2011). *100 questions & answers about cancer symptoms and cancer treatment side effects*. Boston, MA: Jones & Bartlett Learning.

Gaillard, D., Desmedt, S., & Shaha, M. (2013). La place de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Recherche en soins infirmiers, 115*(4), 19-35.

Gilbert, K., Luking, K., Pagliaccio, D., Luby, J., & Barch, D. (2017). Dampening, positive rumination, and positive life events: Associations with depressive symptoms in children at risk for depression. *Cognitive Therapy and Research, 41*(1), 31-42.

Goedendorp, M. M., Gielissen, M. F., Verhagen, C. A., & Bleijenberg, G. (2013). Development of fatigue in cancer survivors: A prospective follow-up study from diagnosis into the year after treatment. *Journal of Pain and Symptom Management, 45*(2), 213-222.

González-Fernández, S., & Fernández-Rodríguez, C. (2018). Acceptance and commitment therapy in cancer: Review of applications and findings. *Behavioral Medicine*, 1-15.

Gorini, A., Riva, S., Marzorati, C., Cropley, M., & Pravettoni, G. (2018). Rumination in breast and lung cancer patients: Preliminary data within an Italian sample. *Psycho-Oncology, 27*(2), 703-705.

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... Ranasinghe, P. D. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine, 174*(3), 357-368.

Gralla, R. J., Hollen, P. J., Eberley, S., & Cox, C. (1995). Quality of life score predicts both response and survival in patients receiving chemotherapy for non-small cell lung cancer. *Support Care Cancer, 3*, 378-379.

Gupta, D., Lis, C. G., & Grutsch, J. F. (2007). Perceived cancer-related financial difficulty: Implications for patient satisfaction with quality of life in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer, 15*(9), 1051-1056.

Harrington, S., McGurk, M., & Llewellyn, C. D. (2008). Positive consequences of head and neck cancer: Key correlates of finding benefit. *Journal of Psychosocial Oncology*, *26*(3), 43-62.

Harris, R. (2009). *ACT made simple*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Harris, R. (2017). *Passez à l'ACT : pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Hawkes, A. L., Pakenham, K. I., Chambers, S. K., Patrao, T. A., & Courneya, K. S. (2014). Effects of a multiple health behavior change intervention for colorectal cancer survivors on psychosocial outcomes and quality of life: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine, 48*(3), 359-370.

Hayes S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York, NY: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 141-168.

Hébuterne, X. (2015). Nutrition et cancer : pourquoi intervenir avant 5 % de perte de poids? *Nutrition clinique et métabolisme, 29(*2), 126-131.

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 797-816.

Henry, M., Huang, L. N., Ferland, M. K., Mitchell, J., & Cohen, S. R. (2008). Continued study of the psychometric properties of the McGill quality of life questionnaire. *Palliative Medicine, 22*(6), 718-723.

Hewitt, M., Greenfields, S., & Stovall, E. (2006). *From cancer patients to cancer survivor: Lost in transition.* Washington, DC: The National Academies Press.

Hill, E. M., & Watkins, K. (2017). Women with ovarian cancer: Examining the role of social support and rumination in posttraumatic growth, psychological distress, and psychological well-being. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *24*(1), 47-58.

Hirooka, K., Fukahori, H., Taku, K., Togari, T., & Ogawa, A. (2017). Quality of death, rumination and posttraumatic growth among bereaved family members of cancer patients in home palliative care. *Psycho-Oncology*, *26*(12), 2168-2174.

Honoré, B. (2011). De la spiritualité dans le soin. *Perspective soignante, 41*, 52-72.

Hopko, D. R., Armento, M. E., Robertson, S., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., ... Lejuez, C. W. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(6), 834-849.

Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(2), 236-243.

Hopko, D. R., Funderburk, J. S., Shorey, R. C., McIndoo, C. C., Ryba, M. M., File, A. A., ... Vitulano, M. (2013). Behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Preliminary support for decreased suicidal ideation. *Behavior Modification, 37*(6), 747-767.

Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review, 23*, 699-717.

Horowitz, M. J. (1993). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. Dans J. P. Wilson & B. Raphael (Éds), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 49-60). New York, NY: Plenum.

Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: Psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, *24*(1), 15-27.

Ismaili, T. (2013). *Pensées répétitives et contrôle cognitif : quels liens avec l'anxiété et la dépression?* (Mémoire de maitrise inédit). Université de Genève, Suisse.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295-304.

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(3), 255-270.

Jansen, L., Herrmann, A., Stegmaier, C., Singer, S., Brenner, H., & Arndt, V. (2011). Health-related quality of life during the 10 years after diagnosis of colorectal cancer: A population-based study. *Journal of Clinical Oncology*, *29*(24), 3263-3269.

Javaid, D., Hanif, R., & Rehna, T. (2018). Cognitive processes of cancer patients: A major threat to patients' quality of life. *Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan*, *28*(3), 218-221.

Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2008). Updating the contents of working memory in depression: Interference from irrelevant negative material. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 182-192.

Karnofsky, D. A., & Burchenal, J. H. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Dans C. M. McLeod (Éd.), *Evaluation of chemotherapeutic agents* (pp. 191-205). New York, NY: Columbia University Press.

Kinderman, P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 13*(4), 206-217.

Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E., & Tai, S. (2013). Psychological processes mediate the impact of familial risk, social circumstances and life events on mental health. *PloS one*, *8*(10), 1-8.

Kissane, D. W., Levin, T., Hales, S., Lo, C., & Rodin, G. (2011). Psychotherapy for depression in cancer and palliative care. Dans D. W. Kissane, M. Maj, & N. Sartorius (Éds), *Depression and cancer* (pp. 177-206). Oxford, Angleterre: John Wiley & Sons.

Kleist, P. (2009). Le principe de l'intention-to-treat. *Forum Med Suisse, 29*(5), 450-454.

Korfage, I. J., Essink-Bot, M. L., Janssens, A. C. J. W., Schröder, F. H., & De Koning, H. J. (2006). Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. *British Journal of Cancer, 94*(8), 1093-1098.

Koster, E. H. W., De Lissnyder, E., Derakshan, N., & De Raedt, R. (2011). Understanding depressive rumination from a cognitive science perspective: The impaired disengagement hypothesis. *Clinical Psychology Review, 31*, 138-145.

Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., Bree, R., Leemans, C. R., ... Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: A meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, *23*(2), 121-130.

Krystal, H. (1993). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(3), 208-209.

Kübler-Ross, E. (1985). *La mort dernière étape de la croissance*. Monaco, Monaco : Édition du Rocher.

Labelle, L. E., Campbell, T. S., & Carlson, L. E. (2010). Mindfulness-based stress reduction in oncology: Evaluating mindfulness and rumination as mediators of change in depressive symptoms. *Mindfulness, 1*(1), 28-40.

Lam, K. F., Lim, H. A., Tan, J. Y., & Mahendran, R. (2015). The relationships between dysfunctional attitudes, rumination, and non-somatic depressive symptomatology in newly diagnosed Asian cancer patients. *Comprehensive Psychiatry, 61*, 49-56.

Lam, W. W. T., Soong, I., Yau, T. K., Wong, K. Y., Tsang, J., Yeo, W., ... Kwong, A. (2013). The evolution of psychological distress trajectories in women diagnosed with advanced breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, *22*(12), 2831-2839.

Le Corroller-Soriano, A. G., Bouhinik, A. D., Auquier, P., & Moatti, J. P. (2008). La qualité de vie liée à la santé dépend-elle de la localisation du cancer? Dans A. M. Brocas (Éd.), *La vie deux ans après le diagnostic de cancer* (pp. 205-217). Paris, France : La documentation française.

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry, 12*(5), 224-231.

Le Grand Robert de la langue française. (2017). *Définition du mot « Rumination »*. Paris, France : une maison d'édition SEJER.

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2002). The brief behavioral activation treatment for depression (BATD): A comprehensive patient guide. Boston, MA: Pearson Custom Publishing.

Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of consulting and clinical Psychology, 41*(2), 261-268.

Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., & Zhang, J. (2015). Cognitive emotion regulation: Characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*(1), 51-61.

Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions : confrontation et évitement.* Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.

Maingon, P., Créhange, G., Bonnetain, F., Ligey-Bartolomeu, A., Chamois, J., Bruchon, Y., ... Truc, G. (2010). Qualité de vie chez les patients traités pour un cancer de la sphère ORL. *Cancer/radiothérapie, 14*(6), 526-529.

Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 547-561.

Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, E., ... Vinante, O. (1996). The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer, 32*(9), 1612-1615.

Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. E. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York, NY: W. W. Norton.

Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. *Advances in Social Cognition, 9*, 1-47.

Matthews, H., Grunfeld, E. A., & Turner, A. (2016). The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology, 26*(5), 593-607.

McCracken, L. M., & Yang, S. Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain, 123*(2), 137-145.

Meyer, T. J., & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology, 14*(2), 101-108.

Miaskowski, C., Dodd, M., & Lee, K. (2004). Symptom clusters: The new frontier in symptom management research. *JNCI Monographs, 2004*(32), 17-21.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology, 12*(2), 160-174.

Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology, 14*(8), 721-732.

Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: Structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology, 20*(11), 1176-1183.

Moulds, M. L., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A. C. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy, 45*(2), 251-261.

National Comprehensive Cancer Network. (2010). Distress management: Clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 4*(8), 448-485.

Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 17*(3), 23-59.

Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review, 40*, 91-110.

Newport, D. J., & Nemeroff, C. B. (1998). Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *Journal of Psychosomatic Research, 45*(3), 215-237.

Ogden, J. (2014). *Psychologie de la santé* (2e éd., traduit par O. Desrichard, A. Blum, & A. Gauchet). Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Ogińska-Bulik, N. (2016). The role of rumination in the occurrence of positive effects of experienced traumatic events. *Health Psychology Report, 4*(4), 321-331.

Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital.* Genève, Suisse : WHO Press.

Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2012). *Plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016.* Copenhague, Danemark : Bureau Régional.

Ottenbreit, N. D., Dobson, K. S., & Quigley, L. (2014). An examination of avoidance in major depression in comparison to social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 56*, 82-90.

Páez, M., Luciano, M. C., & Gutiérrez, O. (2007). Psychological treatment for breast cancer: Comparison between acceptance based and cognitive control based strategies. *Psicooncología, 4*, 75-95.

Parker, P. A., Baile, W. F., Moor, C. D., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 12*(2), 183-193.

Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation.* New York, NY: Oxford University Press.

Philip, J., & Kissane, D. W. (2017). Responding to difficult emotions. Dans D. W. Kissane, B. D. Bultz, P. N. Butow, C. L. Bylund, S. Noble, & S. Wilkinson, (Éds), *Oxford textbook of communication in oncology and pallative care* (2e éd, pp. 91-96). Oxford, Angleterre: Oxford University Press.

Philippot, P. (2007). *Emotion et psychothérapie.* Wavre, Belgique : Editions Mardaga.

Philippot, P. (2016). Démêler l'écheveau des processus psychologiques en psychopathologie. Dans J. L. Monestès & C. Baeyens (Éds), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie* (pp. 33-55). Paris, France : Dunod.

Philippot, P., Bouvard, M., Baeyens, C., & Dethier, V. (2015). Vers un protocole de traitement processuel et modulaire des troubles anxiodépressifs. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *25*(3), 106-116.

Phipps, E., Braitman, L. E., Stites, S., & Leighton, J. C. (2008). Quality of life and symptom attribution in long-term colon cancer survivors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 14*(2), 254-258.

Priede, A., González-Blanch, C., Herrán, A., & Hoyuela, F. (2013). Asociación entre rumiaciones y malestar emocional en pacientes recién diagnosticados de cáncer. *Psicooncología, 10*(1), 131-140.

Quinten, C., Coens, C., Mauer, M., Comte, S., Sprangers, M. A., Cleeland, C., ... Bottomley, A. (2009). Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: A meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. *The Lancet Oncology, 10*(9), 865-871.

Randell, K. (2017). *Applying acceptance-based therapies to help people live well after cancer treatment* (Mémoire de maitrise inédit). Université d'Edimbourg, Angleterre.

Rebillard, X., Cormier, L., & Moreau, J. L. (2006). Comment mesurer de l'impact sur la qualité de vie d'un traitement du cancer localisé de la prostate? *Progrès en urologie, 16*, 749-767.

Rhondali, W., & Filbet, M. (2012). Les troubles du sommeil en oncologie. *La lettre du cancérologue, 21*(2), 134-138.

Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., ... O'Mahen, H. (2016). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet, 388*(10047), 871-880.

Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., & Burns, C. P. (2006). The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 13*(1), 31-37.

Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité. *Revue française de psychanalyse, 59*(5), 1351-1519.

Sandgren, A. K., McCaul, K. D., King, B., O'Donnell, S., & Foreman, G. (2000). Telephone therapy for patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *27*(4), 683-688.

Sarradon-Eck, A. (2009). Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps. Dans F. Cousson-Gélie, E. Langlois, & M. Barrault (Éds), *Faire face au cancer : image du corps, image de soi* (pp. 285-311). Boulogne Billancourt, France : Tikinagan.

Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research, 72*(2), 153-188.

Schellekens, M. P. J., Hurk, D. G. M., Prins, J. B., Donders, A. R. T., Molema, J., Dekhuijzen, R., ... Speckens, A. E. M. (2017). Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicentre randomized controlled trial. *Psycho-Oncology, 26*(12), 2118-2126.

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 and Medicine, 63*, 598-610.

Servaes, P., Verhagen, C., & Bleijenberg, G. (2002). Fatigue in cancer patients during and after treatment: Prevalence, correlates and interventions. *European Journal of Cancer, 38*(1), 27-43.

Shao, D., Gao, W., & Cao, F. L. (2016). Brief psychological intervention in patients with cervical cancer: A randomized controlled trial. *Health Psychology, 35*(12), 1383-1391.

Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer, 80*(11), 1770-1780.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y. S., Sheehan, K. H., Amorim, P. P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 22-33.

Société canadienne du cancer. (2015). *Prévisions concernant le fardeau futur du cancer au Canada*. Toronto, ON : Auteur.

Soucy Chartier, I., Blanchet, V., & Provencher, M. (2013). Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle. *Santé mentale au Québec, 38*(2), 175-194.

Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 875-882.

Statistique Canada. (2014). *Les principales causes de décès au Canada, 2011*. Ottawa, ON : Auteur.

Steiner, J. L., Wagner, C. D., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2014). Depressive rumination mediates cognitive processes and depressive symptoms in breast cancer patients and their spouses. Families, systems & health. *The Journal of Collaborative Family Healthcare, 32*(4), 378-388.

Stöber, J., & Borkovec, T. D. (2002). Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: Findings from a therapy study. *Cognitive Therapy and Research, 26*(1), 89-96.

Teasdale, J. D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy, 31*(4), 339-354.

Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 53-77.

Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition, and change: Re-modelling depressive thought*. Hove, Angleterre: Erlbaum.

Thomsen, D. K., Jensen, A. B., Jensen, T., Mehlsen, M. Y., Pedersen, C. G., & Zachariae, R. (2013). Rumination, reflection and distress: An 8-month prospective study of colon-cancer patients. *Cognitive Therapy and Research, 37*(6), 1262-1268.

Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 247-259.

Vallet, F., & Christophe, V. (2014). Le cancer comme champ d'intervention psychosociale. Dans G. N. Fisher & C. Tarquinio (Éds), *Psychologie de la santé : applications et intervention* (pp. 195-217). Paris, France : Dunod.

Van der Linden, M. (2016). S'affranchir du DSM ou d'une vision essentialiste des problèmes psychologiques. Dans J. L. Monestès & C. Baeyens, (Éds), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie* (pp. 11-31). Paris, France : Dunod.

Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: A review. *Psycho-Oncology, 19*(6), 565-572.

Ware, J. E. (1988). *How to Score the Revised MOS Short-Form Health Scale (SF-36).* Boston, MA: The Health Institute.

Watanabe, S. M., Nekolaichuk, C., Beaumont, C., Johnson, L., Myers, J., & Strasser, F. (2011). A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 41*(2), 456-468.

Watkins, E. R. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behavioral Research and Therapy, 42,* 1037-1052.

Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134,* 163-206.

Watkins, E. R. (2016). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression.* New York, NY: Guilford Publications.

Watkins, E. R., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy, 40*(10), 1179-1189.

Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective.* Hove, Angleterre: Erlbaum.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology, 10,* 19-28.

Zainal, N. Z., Booth, S., & Huppert, F. A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology, 22*(7), 1457-1465.

Appendice A

Aperçu des thèmes des ateliers du Programme ACTION

Atelier	Titre	Objectif	Exercice faisant suite à l'atelier
1	Observer ses habitudes et faire place au changement	• Prendre l'habitude de s'observer • Comprendre comment fonctionne l'humeur • Comprendre la démarche de changement • Commencer à déceler les pièges	• Grille d'observation des activités quotidiennes • Exercice 4: Identifier des pièges et comportements alternatifs • Tenter des premiers comportements alternatifs • Lire Chapitre 2
2	Lutter contre les émotions et pensées pénibles : une stratégie coûteuse et inefficace	• Regard en détail sur l'évitement • Exercices expérientiels pour observer l'inefficacité de la lutte	• Grille d'observation des activités quotidiennes • Exercice 7 : La bonne voie • Lire Chapitre 3 et faire les exercices qu'il comporte
3	Passer à l'action et se libérer de la dépendance à l'humeur	• Démarche de passage à l'ACTION • Comprendre l'importance d'agir selon un plan plutôt que l'humeur • Établir ses objectifs	• Mise en œuvre du plan d'action • Poursuivre la grille d'observation • Lire Chapitre 4 et faire les exercices qu'il comporte
4	Choisir l'ouverture et la prise de distance plutôt que la lutte	• Métaphore de l'hameçon • Exercices de défusion (passagers de l'autobus, méditation Feuilles sur la rivière)	• Poursuivre la mise en œuvre du plan d'action • Exercice 12 : porter attention aux hameçons • Journal de méditation • Lire Chapitre 5

Atelier	Titre	Objectif	Exercice faisant suite à l'atelier
5	Gérer la rumination et les inquiétudes et vivre selon ses valeurs	• Distinguer la résolution de problème versus la rumination • Deux stratégies pour gérer la rumination : règle des 2 min et porter attention au moment présent • Établir ses valeurs : exercice pratique • L'acceptation qui doit accompagner l'action	• Poursuivre la réflexion sur ses valeurs et l'exercice visant à planifier des buts en lien avec les valeurs • Pratiquer la règle des 2 minutes et porter attention à l'expérience (exercice audio) • Planifier des moyens pour poursuivre la démarche de changement
6-7	Suivi de l'intervention à 1 et 3 mois	• Échanges sur la démarche de changement; actions tentées, découvertes, questions soulevées, obstacles rencontrés, stratégies mises de l'avant, retour sur des notions théoriques et intégration	• Questionnaires de relance à compléter

Appendice B

Questionnaire sociodémographique du Programme ACTION

INFORMATIONS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET MEDICALES

1. Quelle est votre date de naissance?

2. Sexe ☐ Masculin
☐ Féminin

3. Votre état civil actuel (Ne ☑ **qu'une seule** réponse) :

☐ Marié(e) ou conjoint de fait
☐ Célibataire
☐ Divorcé(e) ou séparé(e)
☐ Veuf(ve)

4. Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété? (Ne ☑ **qu'une seule** réponse)

☐ Études primaires
☐ Études secondaires
☐ Formation professionnelle
☐ Études collégiales
☐ Premier cycle universitaire
☐ Deuxième ou troisième cycle universitaire

5. Quelle est votre occupation principale actuelle? (Ne ☑ **qu'une seule** réponse)

☐ Salarié(e) à temps complet ☐ Salarié(e) à temps partiel
☐ Non salarié(e) ☐ Retraité(e)
☐ Étudiant(e)
☐ Prestataire d'une assurance invalidité (temporaire ou à long terme)
☐ Autre, précisez :

6. Quel est le type de cancer pour lequel vous êtes suivi actuellement?
6.1 Si vous avez déjà eu un cancer dans le passé, spécifiez le site

7. Quelle est la date approximative à laquelle vous avez reçu votre diagnostic? (si vous en avez eu plus d'un, indiquez la date du 1er diagnostic)

8. Selon la connaissance que vous en avez, quel est le stade du cancer pour lequel vous êtes suivi actuellement? (Ne ☑ **qu'une seule** réponse)

☐ Localisé ☐ Métastatique
☐ Loco-régional ☐ Je ne sais pas

9. Recevez-vous **PRÉSENTEMENT** le ou les traitements suivants pour le cancer dont vous êtes atteint actuellement?

☐ Je ne reçois aucun traitement présentement.

	Oui	**Non**	**Date approximative de fin des traitements (jour/mois/année)**
Chirurgie	☐	☐	
Radiothérapie	☐	☐	
Chimiothérapie	☐	☐	
Hormonothérapie	☐	☐	
Autre :	☐	☐	

10. Selon la connaissance que vous en avez, quelle est la visée des traitements que vous recevez présentement?

☐ Je ne reçois aucun traitement présentement
☐ Visée curative
☐ Visée palliative
☐ Je ne sais pas

11. Dans le **PASSÉ**, avez-vous reçu le ou les traitements suivants pour le cancer dont vous êtes atteint actuellement?

☐ Je n'ai reçu aucun traitement.

	Oui	**Non**	**Ne sais pas**	**Date approximative de fin des traitements (jour/mois/année)**
Chirurgie	☐	☐	☐	
Radiothérapie	☐	☐	☐	
Chimiothérapie	☐	☐	☐	
Hormonothérapie	☐	☐	☐	
Autre :	☐	☐	☐	

12. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'un ou des troubles psychologiques suivants :

	Oui	Non
Anxiété	☐	☐
Dépression	☐	☐
Autre :	☐	☐

13. Est-ce que vous utilisez une médication psychotrope? (par ex., pour vous aider à dormir, améliorer l'humeur ou diminuer l'anxiété)

☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐ Oui; dans ce cas, identifiez si possible cette médication :

NOM	DOSE	FRÉQUENCE (combien de fois par jour)	Depuis combien de temps

14. De quelle façon avez-vous entendu parler de l'étude? Indiquez celle qui a le plus influencé votre décision de participer. (Ne ☑ **qu'une seule** réponse)

☐ Collègue/ami/parenté/famille
☐ Médecin de famille
☐ Médecin oncologue ou chirurgien
☐ Infirmière pivot
☐ Travailleur social, psychologue, psychiatre, infirmière en psycho-oncologie
☐ Associations/Organismes
☐ Affiche/dépliant/publicité dans l'hôpital
☐ Ancien participant
☐ Autre, précisez :

15. Avez-vous déjà participé à une intervention en groupe? (dans cet établissement ou ailleurs)

☐ Oui
☐ Non

16. Pourquoi avez-vous choisi de participer à cette étude?

17. Avez-vous d'autres commentaires ou informations à mentionner à l'équipe de cette étude?

Merci beaucoup pour votre collaboration.

Appendice C
Questionnaire de McGill sur la qualité de vie

cliCours.com

QUESTIONNAIRE MCGILL POUR MESURER LA QUALITE DE VIE

Instructions

Dans ce questionnaire, les questions se présentent de la façon suivante : il y a d'abord un énoncé et, ensuite, suivent deux réponses à l'opposé l'une de l'autre. Des nombres ***de 0 à 10*** *s'échelonnent entre les deux extrêmes. Veuillez, s'il-vous-plaît,* ***cocher la case****, entre 0 et 10, qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.*

EXEMPLE

J'ai faim :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout										**Extrêmement**

- Si vous n'avez même pas une toute petite faim, vous pouvez encercler **0**.
- Si vous avez une petite faim (vous venez de terminer votre repas et il vous reste de la place pour un dessert), vous pouvez encercler **1, 2, ou 3**.
- Si vous avez modérément faim (car l'heure du repas approche), vous pouvez encercler **4, 5, ou 6**.
- Si vous avez très faim (car vous n'avez rien mangé de toute la journée), vous pouvez encercler **7, 8, ou 9**.
- Si vous avez extrêmement faim, vous pouvez encercler **10**.

COMMENCEZ ICI :

Il est très important que vous répondiez à **toutes les questions** selon les expériences vécues lors des **deux derniers jours** seulement.

PARTIE A

Compte tenu de tous les éléments de ma vie (physique, émotive, sociale, spirituelle et financière) ma ***QUALITE de VIE durant les DEUX DERNIERS JOURS*** était :

0 Très mauvaise	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Excellente
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PARTIE B

1. Pour les questions de la partie B, nous vous demandons d'énumérer les **SYMPTÔMES PHYSIQUES OU PROBLÈMES PHYSIQUES** qui vous ont le plus incommodé(e) **durant les deux derniers jours.** (Exemples : douleur, fatigue, faiblesse, nausée, vomissement, constipation, diarrhée, insomnie, essoufflement, perte d'appétit, transpiration). Vous pouvez en mentionner d'autres selon votre cas.
2. Choisissez le chiffre qui correspond le mieux à l'importance de chacun **durant les deux derniers jours.**

1. Durant les *deux derniers jours*, un des symptômes qui m'incommodait était :

0 Pas du tout incommodant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Extrêmement incommodant
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Durant les *deux derniers jours*, un autre symptôme qui m'incommodait était :

0 Pas du tout incommodant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Extrêmement incommodant
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Durant les *deux derniers jours*, le troisième symptôme qui m'incommodait était :

0 Pas du tout incommodant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Extrêmement incommodant
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Durant les deux (2) derniers jours, je me suis senti(e) :

0 Physiquement très mal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Physiquement très bien
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PARTIE C

Choisissez, s'il vous plait, le chiffre qui correspond le mieux à comment vous vous êtes généralement senti(e) **DURANT LES DEUX DERNIERS JOURS.**

5. Durant les deux (2) derniers jours, j'étais déprimé(e) :

0 Pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Extrêmement
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Durant les deux (2) derniers jours, j'étais nerveux(se) ou préoccupé(e) :

0 Jamais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Tout le temps
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Durant les deux (2) derniers jours, je me suis senti(e) triste :

0 Jamais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Tout le temps
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Durant les deux (2) derniers jours, quand je songeais au futur :

0 Je n'avais pas peur du tout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 J'avais peur tout le temps
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Durant les deux (2) derniers jours, ma vie personnelle était :

0 Vide de sens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Pleine de sens
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Durant les deux (2) derniers jours, concernant les buts que je m'étais fixés dans la vie, j'ai senti que :

0 Je n'ai rien accompli	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 J'ai réalisé tous mes buts
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Durant les deux (2) derniers jours, je sentais que ma vie, à ce jour, était :

0 Complètement ratée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Très bien remplie
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Durant les deux (2) derniers jours, je sentais que, sur ma vie, j'avais :

0 Perdu tout contrôle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Pleinement le contrôle
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Durant les deux (2) derniers jours, j'avais une bonne opinion de moi-même en tant qu'individu :

0 Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Tout à fait d'accord
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Pour moi, les deux (2) derniers jours ont été :

0 Un fardeau	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Un cadeau
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Durant les deux (2) derniers jours, mon entourage était :

0 Froid et indifférent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Chaleureux et répondait à mes besoins
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Durant les deux (2) derniers jours, je me sentais supporté(e) :

0 Pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Entièrement
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PARTIE D

S.V.P. énumérez ou décrivez ce qui a le plus influencé votre qualité de vie durant les deux derniers jours. Veuillez dire si chaque facteur énuméré a ***amélioré*** *ou* ***détérioré*** *votre qualité de vie durant ce temps.*

Merci beaucoup de votre collaboration

Appendice D

Questionnaire de la version abrégée de la
Cambridge Exeter Repetitive Thoughts Scale (Mini-CERTS)

MINI-CERTS

Lisez chacune des propositions présentées ci-dessous, puis cochez la case qui décrit au mieux ce que vous vivez habituellement. Ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.

« Quand des pensées à propos de moi, de mes sentiments ou de situations et d'évènements vécus me viennent à l'esprit… »

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Mes pensées sont prises dans une ornière, revenant toujours aux mêmes thèmes.	☐	☐	☐	☐
2. Je peux comprendre et répondre aux changements de manière intuitive, sans devoir analyser tout en détails.	☐	☐	☐	☐
3. Je me compare aux autres personnes.	☐	☐	☐	☐
4. Je pense de manière ouverte, libre et créative.	☐	☐	☐	☐
5. Je me juge en fonction de mes valeurs et de mes croyances personnelles.	☐	☐	☐	☐
6. Je me concentre sur la question de savoir pourquoi les choses se sont passées de cette manière-là.	☐	☐	☐	☐
7. Je me demande pourquoi je n'arrive pas à me mettre en action.	☐	☐	☐	☐
8. Mes pensées se développent dans des directions nouvelles et intéressantes.	☐	☐	☐	☐
9. Je semble être immergé(e) dans l'action et en contact avec ce qui se passe autour de moi.	☐	☐	☐	☐
10. Je pense que je ne suis bon(ne) à rien.	☐	☐	☐	☐
11. J'aime me laisser aller à suivre le flux de mes pensées spontanées.	☐	☐	☐	☐
12. Je me sens sous pression d'empêcher que mes pires craintes se réalisent.	☐	☐	☐	☐
13. Je me concentre sur le fait d'explorer et de jouer avec les idées, curieux(se) d'où elles peuvent me mener.	☐	☐	☐	☐

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
14. Mes pensées ont tendance à fuser à partir d'un évènement spécifique vers des aspects plus larges et généraux de ma vie.	☐	☐	☐	☐
15. Je m'en fais de ce que les autres pourraient penser de moi.	☐	☐	☐	☐
16. J'ai très rapidement des impressions et des intuitions de ce qui se passe et de comment réagir.	☐	☐	☐	☐

Appendice E

Choix des matrices corrélationnelles pour le test MLM à mesures répétées pour les variables de ruminations mentales et de qualité de vie

Questionnaire	Dimensions	Matrice variance-covariance	Valeur
Ruminations mentales	PAA	Symétrie composée	389,9
	PCE	Autorégressive	392,5
Qualité de vie	Item unique	Symétrie composée	302,6
	Bien-être physique	Autorégressive	253,8
	Symptômes physiques	Composante de variance	290,2
	Bien-être psychologique	Autorégressive	309,0
	Bien-être existentiel	Autorégressive	253,5
	Soutien social	Symétrie composée	309,1
	Score total	Autorégressive	227,9

Note. La procédure MIXED (avec AIC) a été utilisé sous SAS pour calculer la structure usuelle de covariance la plus adaptée à chacune des dimensions des variables

cliCours.com