

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	5
Une adaptation nécessaire	6
Au plan physique	6
Au plan psychologique	7
Rôles et vie familiale	8
Reprise du travail	9
Des sentiments dépressifs	11
Définition	11
Difficultés dans l'établissement du diagnostic	12
Prévalence des sentiments dépressifs chez la clientèle en oncologie	14
Facteurs de risques	15
L'âge	15
L'influence des facteurs sociaux	16
Les symptômes physiques	17
La perception de la maladie	17
Facteurs biopsychosociaux	18

Conséquences des symptômes dépressifs	18
La dépression dans la période d'après traitements.....	21
Les traitements pour la dépression en oncologie	24
La thérapie d'activation comportementale.....	28
Objectifs.....	32
Définition des variables	33
Bases théoriques.....	34
Les stratégies thérapeutiques	36
Méthode.....	39
Participants.....	40
Les temps de mesure	43
Instruments de mesure	44
Questionnaire de dépistage	44
Données sociodémographiques.....	45
Anxiété et dépression.....	45
Auto-enregistrement quotidien de l'humeur	46
Entrevue diagnostique semi-structurée (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-I/P) (First, Spitzer, Robert, Gibbon, & Williams, 1996).....	47
Procédure	48
Phase de prétraitement	48
Design	49
Implantation de la thérapie.....	50
Rencontres de suivi (prévention de la rechute et maintien des acquis)	51

Données sociodémographiques.....	51
Résultats	53
Analyse des données	54
Mesures à l'ÉHAD.....	55
Progression dans le temps des mesures à l'ÉHAD	57
Niveau de fonctionnement au terme de la TAC.....	61
Discussion	63
Les stratégies de la TAC comme facteurs d'amélioration de l'humeur.....	64
L'impact des facteurs non spécifiques dans l'amélioration de l'humeur.....	67
Le changement comme facteur anxigène et d'inconfort.....	68
Le maintien des acquis : un défi.....	72
L'identification des objectifs de travail est importante.....	76
Limites méthodologiques de l'étude	77
Échantillon et recrutement	77
Les données auto-rapportées.....	78
Conclusion	80
Apport clinique	82
Recherches futures	85
Références	89
Appendice A. Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression	100
Appendice B. Grille d'auto-enregistrement de l'humeur.....	104
Appendice C. Thèmes principaux du manuel utilisé en soutien aux rencontres thérapeutiques	106

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Sommaire des variables en relation avec les temps de mesure44
- 2 Les résultats à l'ÉHAD en fonction des temps de mesure56

Liste des figures

Figure

1	Mesures à l'ÉHAD - participante 1	57
2	Mesures à l'ÉHAD - participante 2	58
3	Mesures à l'ÉHAD - participant 3	60
4	Niveau de fonctionnement au terme de la TAC en regard des symptômes dépressifs	61

Remerciements

Un merci particulier à ma directrice de thèse qui a su me supporter dans cette démarche qui fut entrecoupée par les obligations familiales et le travail. Malgré les délais, elle a toujours été présente et a fait preuve d'un bon sens critique.

Merci au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières d'avoir accepté d'être un partenaire de notre démarche scientifique et merci au personnel du centre de cancérologie pour leur contribution au recrutement des participants.

Merci également à ma famille, à mon mari et à mes enfants de m'avoir supportée et poussée à terminer ces travaux de recherche afin que je puisse achever ma scolarité doctorale. Merci d'avoir toujours cru en moi.

Enfin, un merci spécial aux participants de l'étude pour nous avoir permis de faire avancer les connaissances sur le cancer et la dépression. C'est vous qui donnez un sens aux efforts de recherche.

Pour mes patients qui m'ont régulièrement entendu répéter :
« L'action précède la motivation. La planification favorise l'action ».

Rapport-Gratuit.com

Introduction

Le cancer consiste en une division incontrôlable de cellules du corps humain. Cette croissance anormale de ces cellules cause près de 200 types de cancer différents classifiés selon le type de tissu dans lequel le cancer a pris naissance ou l'emplacement où il s'est initialement développé. Les cellules anormales qui causent le cancer ont ensuite le potentiel de se propager à d'autres organes ou tissus (Société de recherche sur le cancer, 2010).

Les données récentes sur le cancer démontrent bien l'ampleur de cette maladie pour la population canadienne. Dans la plus récente publication des statistiques canadiennes sur le cancer, les auteurs affirment qu'à toutes les heures en 2013, environ 21 personnes ont reçu un diagnostic de cancer. On estimait d'ailleurs à 187 600 le nombre de nouveaux cas (incidence) de cancer au cours de cette même année. Actuellement, les données indiquent que 41 % des canadiennes et 46 % des canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie. On attribue principalement l'augmentation de l'incidence du cancer au cours des 30 dernières années à l'accroissement démographique, à la détection et au vieillissement de la population. Avec les tendances démographiques actuelles (les aînés représentant le groupe d'âge avec la croissance la plus rapide au Canada), on s'attend à une augmentation de ces taux d'incidence (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2013).

En plus de toucher un grand nombre de personnes, le cancer est actuellement la principale cause de décès au Canada. On estimait que 75 500 canadiens mourraient du cancer en 2013. Parallèlement, les tendances de l'incidence du cancer suggèrent une diminution du taux de mortalité pour plusieurs types de cancer. Globalement, les probabilités de survie relative à cinq ans pour tous les cancers combinés s'élève à 63 % (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2013). Ainsi, ces statistiques quant à l'incidence, à la mortalité et à la survie face au cancer semblent suggérer qu'un plus grand nombre de canadiens sont atteints du cancer et qu'ils y survivent davantage.

Ainsi, le diagnostic d'un cancer marque le commencement d'une série de bouleversements. Néanmoins, chacun vit l'expérience du cancer de façon unique et personnelle mais surtout, en fonction des différentes étapes de l'évolution du cancer. Il s'avère donc difficile de prédire exactement les effets qu'aura cette dernière sur le quotidien, sur l'humeur ou sur l'état psychologique des personnes atteintes du cancer. Toutefois, il est indéniable que l'expérience du cancer peut être définie comme une situation de crise qui nécessitera une adaptation continue aux différents changements qu'une telle affection comporte, et ce, à partir du diagnostic jusque dans la phase de l'après cancer. En effet, la transition du statut de malade à celui de survivant peut s'avérer être un stress important qui pourrait avoir des répercussions au plan émotionnel et comportemental. Plus précisément, les données sont nombreuses à démontrer l'importance des sentiments dépressifs dans la phase d'après cancer et à démontrer la nécessité d'avoir des interventions spécifiques et adaptées à cette période de transition

(Mitchell, Ferguson, Gill, Paul, & Symonds, 2013). Particulièrement, les données de littérature sont de plus en plus nombreuses à soutenir que la thérapie d'activation comportementale (TAC) pourrait être une intervention de choix dans ce contexte.

Ainsi, dans les prochaines sections, l'adaptation au cancer, les symptômes dépressifs qui peuvent en résulter, les facteurs de risques, les conséquences des symptômes dépressifs sur le fonctionnement, les traitements pour la dépression dans le domaine de l'oncologie et plus particulièrement la TAC comme traitement des symptômes dépressifs dans le contexte de la phase d'après traitement du cancer seront abordés. L'hypothèse de recherche, la méthodologie, l'analyse des résultats et les conclusions de cette étude seront aussi discutées.

Contexte théorique

Une adaptation nécessaire

Le terme « adaptation psychosociale » est utilisé afin de désigner le processus d'adaptation des personnes atteintes du cancer aux différents stressors, et ce, pendant toute la trajectoire de soins (Nicholas & Veach, 2000). Naus, Ishler, Parrott et Kovacs (2009) ont quant à eux conceptualisé l'adaptation au cancer comme une maladie chronique à laquelle les personnes atteintes devront s'adapter tout au long de leur vie, tant aux plans physique, psychologique, social que spirituel.

Au plan physique

Le corps doit s'adapter aux différents traitements médicaux pouvant s'inscrire dans la trajectoire de soins du cancer tels que les interventions chirurgicales, la chimiothérapie, la radiothérapie ou les méthodes alternatives telles que la thérapie hormonale ou la thérapie génique (Société de recherche sur le cancer, 2010). Le processus de soins peut s'avérer long et épuisant.

Ainsi, le cancer ou les traitements pour celui-ci amènent généralement de nombreux bouleversements physiques qui peuvent affecter considérablement le niveau d'énergie (la fatigue et l'anergie sont relativement fréquentes), amener des difficultés sur le plan cognitif (p. ex., difficultés de mémoire ou de concentration) et impliquer des changements sur les plans de l'image corporelle (cicatrices, perte de cheveux ou perte

de poids qui modifient la perception de soi), de la fertilité et de l'indépendance dans les tâches à accomplir (Société canadienne du cancer, 2012).

La publication « La vie après un traitement contre le cancer » soutient que l'expérience du cancer peut également comprendre des effets physiques tardifs et à long terme. Dans la phase d'après-traitement, des modifications dans le poids et les habitudes alimentaires, des dysfonctionnements hormonaux et organiques (p. ex., incontinence, lymphœdème, symptômes de ménopause, neuropathie, ostéoporose), des douleurs persistantes, de la fatigue résiduelle, des difficultés sexuelles ou des problèmes de fertilité sont des symptômes physiques possibles (Société canadienne du cancer, 2013).

Au plan psychologique

D'autres part, suite à l'apparition de la maladie, au diagnostic et à son traitement, des perturbations toutes aussi déstabilisantes et confrontantes peuvent survenir au plan psychologique. En effet, le diagnostic en lui-même est susceptible d'amener plusieurs émotions telles que la colère, le déni, la peur et l'incertitude, la culpabilité, la solitude, la tristesse et la dépression, le stress et l'anxiété ou même l'espoir (Société canadienne du cancer, 2012).

Ensuite, les phases de traitement et d'après traitement comportent également leur lot de stressseurs pouvant avoir un impact sur la sphère psychologique et émotionnelle. Selon les résultats d'une étude menée auprès de femmes ayant survécu au cancer du

sein, les stresseurs de la période d'après traitement incluent la perturbation de l'image de soi, l'altération du sentiment d'autonomie, la peur (soit de la récurrence ou de la mort), la culpabilité face aux conséquences sur la famille ainsi que les préoccupations sur les plans social et professionnel (Silva & Santos, 2010).

Rôles et vie familiale

Le guide à l'intention des personnes atteintes de cancer et de leurs aidants de la Société canadienne du cancer explique que la personne atteinte de cancer aura peut-être à renoncer, du moins temporairement, ou à modifier l'exercice, de certains rôles et responsabilités au sein de sa famille tels que celui de pourvoyeur, de mère au foyer, de bénévole ou d'aidant naturel. Aussi, les relations de couple ainsi que les relations avec les autres membres de la famille sont également susceptibles d'être perturbées (Société canadienne du cancer, 2012), particulièrement sur le plan de la communication (p. ex., Boehmer & Clark, 2001; Holmberg, Scott, Alexy, & Fife, 2001; Manne, Ostroff, Norton, Fox, Goldstein, & Grana, 2006) et de la sexualité (Hirsch, 2005). Ainsi, bien que la famille et les proches puissent procurer réconfort et encouragements à la personne atteinte du cancer, ces relations peuvent également être une source de stress et d'anxiété (Société canadienne du cancer, 2012).

Par ailleurs, une recherche d'Edwards et Clarke (2004) suggère que le fonctionnement familial serait un des facteurs importants lorsqu'il s'agit de dépression et d'anxiété au sein des familles dont un membre est atteint du cancer. Selon eux, les

familles capables d'ouverture, d'exprimer directement leurs émotions et de résoudre les problèmes efficacement auraient des niveaux de dépression plus bas que les autres. Ils concluent également que l'expérience du cancer n'affecte pas seulement la personne qui en est atteinte mais bien l'ensemble de la famille.

Reprise du travail

Pour les survivants du cancer, la reprise de la vie « normale » fait également partie du processus d'adaptation à la maladie. Toutefois, la notion de « normalité » est bien différente d'une personne à l'autre. Certains noteront peu de changements suite à l'expérience du cancer et désireront retrouver la même vie d'avant. Pour d'autres, le cancer aura occasionné plusieurs changements importants qui les amèneront à reconstruire leur vie en fonction de leurs nouvelles priorités. Particulièrement, le retour au travail peut aider les survivants au cancer à reprendre le cours de leur vie mais peut également être considéré comme un stresser important. Selon un sondage de l'Institut Curie en France, 41,3 % des personnes interrogées considèrent d'ailleurs que « la réinsertion dans le monde du travail est la principale difficulté des personnes ayant été traitées pour un cancer » (Institut Curie, 2011). En effet, selon la Société canadienne du cancer (2014), certains survivants peuvent faire face à différents problèmes lors de leur retour au travail ou lorsqu'ils tentent de trouver un travail après le cancer. Par exemple, ils peuvent ne pas être embauchés, être mis à pied, être rétrogradés ou avoir des ennuis avec des collègues de travail. Aussi, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) rapporte que la discrimination, la perte d'estime de soi et les

symptômes comme la fatigue, la douleur, les troubles du sommeil, l'anxiété et les sentiments dépressifs sont des freins à la reprise des activités habituelles, dont le retour au travail (INSERM, 2012).

L'adaptation nécessaire de la personne atteinte du cancer se fait donc en regard de plusieurs sphères de la vie, notamment sur le plan physique et psychologique, de l'image de soi, des rôles familiaux, du couple et du travail. Bien qu'énumérées et présentées individuellement, ces dimensions peuvent cependant être comprises en termes d'interactions dynamiques susceptibles de s'influencer réciproquement et ainsi, d'influencer de façon continue le processus d'adaptation. L'adaptation au cancer s'avère donc être un processus complexe. D'ailleurs, Naus et al. (2009) conceptualisent ce processus en termes d'interactions à long terme entre trois composantes, soit entre le contexte personnel (biologique, psychologique et social), les processus cognitifs et les impacts du cancer sur la qualité de vie. Aussi, dans un chapitre sur l'adaptation psychologique au cancer, Clarke (2011) mentionne que le processus d'adaptation au cancer implique la notion de changement, une réévaluation de la vie, la mise en place de nouveaux objectifs de vie, l'acceptation des pertes ainsi que la capacité à poursuivre sa vie avec compétence et vitalité. L'adaptation nécessaire implique donc de nombreux défis et certaines personnes s'y adaptent mieux que d'autres.

Des sentiments dépressifs

Ces données démontrent bien que les différents enjeux liés à l'expérience du cancer peuvent considérablement solliciter les ressources du patient. Le cancer peut également modifier la qualité de vie des individus et avoir des répercussions négatives sur leur bien-être, autant physique que psychologique. Ainsi, de nombreuses études, qui portent généralement sur le cancer du sein, ont étudié les impacts psychologiques du cancer (p. ex., Compass & Lucken, 2002; Howard & Harvey, 1998), et ont documenté l'importance des sentiments dépressifs dans ce contexte.

Définition

Dans des termes généraux, la dépression est considérée comme un état affectif qui englobe les sentiments de tristesse, de dévalorisation ou de culpabilité; une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir; les difficultés cognitives sur les plans de la pensée et de la concentration; ainsi que les perturbations comportementales comme le sommeil, l'appétit et le fonctionnement social et professionnel (American Psychiatric Association, 2013). Toutefois, le concept de dépression est complexe et vaste, particulièrement dans le contexte spécifique du cancer. En effet, les symptômes dépressifs s'étendent sur un large spectre, allant de l'humeur dépressive sous-clinique jusqu'à la dépression majeure.

En fait, une étude menée auprès de 79 femmes ayant reçu un traitement chirurgical pour un cancer du sein a démontré que des symptômes tels que la tristesse, la diminution de la joie de vivre, un sentiment de désespoir ainsi que des sentiments dépressifs sont

susceptibles d'apparaître sans qu'un diagnostic de dépression majeure ne soit nécessairement posé (Pasacrete, 1997). D'autres études menées par Clarke et ses collaborateurs décrivent une pathologie dépressive spécifique aux personnes atteintes du cancer ou d'une maladie physique. Ils observent trois syndromes dépressifs distincts soit l'anhédonie, la démoralisation et le chagrin. Les difficultés dans l'habileté à éprouver du plaisir et la perte d'intérêt envers les choses habituelles caractérisent l'anhédonie, tandis que la démoralisation est liée aux sentiments d'impuissance et de désespoir. Le chagrin est quant à lui décrit comme étant un sentiment de perte, accompagné de périodes de pleurs et de regrets pour ce qu'ils ont perdu (Clarke, Kissane, Trauer, & Smith, 2005).

Ces données nous amènent donc à penser que les sentiments dépressifs, même à un niveau sous-clinique, peuvent avoir un impact négatif sur le bien-être des personnes atteintes de cancer et devraient faire l'objet d'une attention particulière.

Difficultés dans l'établissement du diagnostic

Malgré le fait que la comorbidité entre le cancer et les sentiments dépressifs soit de plus en plus démontrée (p. ex., Manzanera, Lafay, Papet, & Senon, 2003), ceux-ci semblent encore sous-évalués, surtout parce qu'ils s'avèrent difficiles à diagnostiquer dans le contexte particulier du cancer. D'ailleurs, Passik et al. (1998) ont démontré que les symptômes dépressifs avaient été catégorisés de façon imprécise par les médecins chez près de 90 % de leurs patients atteints de cancer.

Cette difficulté de diagnostic s'explique entre autres par le fait que l'utilisation des critères nosographiques classiques s'avère difficile compte tenu de la nature évolutive et fluctuante de la symptomatologie (Manzanera et al., 2003) et par le fait que la limite entre la dépression comme sentiment « normal » face à la maladie et la dépression clinique est difficile à établir dans ce contexte. En effet, des réactions psychologiques de l'ordre de la dépression sont souvent décrites comme étant une réaction normale dans le contexte de l'expérience du cancer. Il existe donc un chevauchement entre les symptômes de la dépression et les symptômes associés au processus, aux traitements et à la progression du cancer dans un contexte de maladie qui menace la survie et qui impose des stressseurs multiples. Alors, déterminer à quel moment les symptômes de dépression atteignent un seuil cliniquement significatif s'avère difficile. Compte tenu de cela, il arrive que certains symptômes avérés de dépression ne soient pas diagnostiqués. Par ailleurs, il est possible que des réactions normales face à la maladie ou face aux traitements anticancéreux tels que la perte d'appétit, la perte de poids, des difficultés de sommeil, la fatigue, le manque d'énergie et les difficultés de concentration soient faussement interprétées comme des symptômes dépressifs en raison de ce chevauchement (Weinberger, Roth, & Nelson, 2009); les implications pouvant être toutes aussi néfastes dans l'une ou l'autre des situations.

Compte tenu de cela, la dépression secondaire au cancer a été décrite comme une réponse de crise allant de la tristesse normale à l'état de dépression sévère (Holland, 1989). Ainsi, peu importe que les sentiments dépressifs soient normaux ou d'intensité

clinique, ceux-ci s'avèrent fortement contributifs à l'évolution de l'expérience du cancer. Donc, en dépit des difficultés sur le plan diagnostic, une attention particulière devrait être portée aux sentiments dépressifs des individus, et ce pendant toute la trajectoire de soins du cancer.

Prévalence des sentiments dépressifs chez la clientèle en oncologie

Conséquemment à ces difficultés liées à l'établissement du diagnostic, les taux de prévalence de la dépression observés chez la population en oncologie varient d'une étude à l'autre selon les critères utilisés, la méthodologie utilisée ainsi que les populations étudiées. L'importance de cette condition chez les patients atteints d'un cancer fait toutefois l'unanimité.

Selon Massie, Lloyd-Williams, Irving et Miller (2011), le Psychosocial Collaborative Oncology Group (PSYCOG) a été le premier groupe à déterminer avec efficacité la prévalence des problématiques psychiatriques auprès d'une population oncologique. Dans l'étude épidémiologique du PSYCOG ($n = 215$ patients atteints de cancer en soins ambulatoires et hospitalisés), 47 % des patients évalués avaient vraisemblablement une problématique psychiatrique. Parmi ces patients, 68 % avaient un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse ou dépressive, 13 % avaient reçu un diagnostic de dépression majeure, 8 % un trouble organique, 7 % un trouble de la personnalité et 4 % un trouble anxieux prémorbide (Derogatis, Morrow, & Fetting, 1983). Ces données auraient apparemment été une référence clé (*gold standard*) pendant

plusieurs années. Massie et al. (2011) ont recensé 60 études subséquentes portant sur la prévalence de la dépression en oncologie qui comptaient plus de 100 participants. Leurs résultats font état d'une prévalence, tout type de cancer confondu, d'une grande étendue, soit entre 1,5 % et 52 %. Ils concluent alors que malgré le fait qu'il soit difficile de bien chiffrer la prévalence en raison des nombreuses différences entre les études, la dépression est commune et fréquente chez les adultes atteints d'un cancer (Massie et al., 2011).

Par ailleurs, les données psychosociales sont plus nombreuses pour le cancer du sein en raison d'un plus grand nombre d'études auprès de cette population. Selon Massie et al. (2011), l'étendue de la prévalence de la dépression pour les femmes atteintes d'un cancer du sein se situerait entre 4,5 % et 37 %.

Facteurs de risques

L'âge

Les facteurs de risques retrouvés dans la littérature sont principalement en lien avec les femmes et le cancer du sein. Selon une étude portant sur 331 femmes ayant un diagnostic de cancer du sein, l'âge serait une composante importante liée aux sentiments dépressifs. Dans cette étude, les jeunes femmes seraient plus à risque d'avoir des conséquences négatives sur le plan psychologique ou de l'adaptation comme de l'anxiété et des symptômes dépressifs (Wong Kim & Bloom, 2005).

Aussi, Lloyd-Williams et Friedman (2001), ayant mené une étude prospective sur la prévalence des dépressions non diagnostiquées dans les soins palliatifs ainsi que sur les facteurs de risque de développement de la dépression chez les patients avec un stade avancé et métastatique du cancer, suggèrent que les participantes plus jeunes et atteintes du cancer du sein étaient plus susceptibles de présenter des sentiments dépressifs.

Wong Kim et Bloom (2005) ont aussi observé que les jeunes femmes ayant des niveaux plus élevés de douleur, une plus faible estime de soi et un plus faible niveau de soutien émotionnel seraient plus à risque de vivre des symptômes dépressifs. En effet, le soutien émotionnel (ou sa perception) ainsi que l'estime de soi seraient des prédicteurs significatifs des symptômes dépressifs.

L'influence des facteurs sociaux

Une étude menée auprès de 117 femmes en traitement pour un cancer du sein, démontre que l'emploi et le statut marital auraient un impact significatif sur l'anxiété et la dépression. Ainsi, les résultats de l'étude démontrent des scores plus faibles de dépression à l'Échelle hospitalière pour l'anxiété et la dépression (ÉHAD) chez les femmes mariées et à l'emploi (contrairement aux femmes célibataires, veuves, divorcées, sans emploi ou retraitées) (Bulotiene, Veseliunas, Ostapenko, & Furmonavicius, 2008).

Aussi, selon Barton, l'environnement familial (la perception du patient quant au niveau de cohésion, d'expressivité et de conflits dans la famille) serait un prédicteur significatif de l'adaptation psychosociale chez les patients atteints de cancer (Barton, 2001).

Les symptômes physiques

Une autre étude utilisant l'ÉHAD afin de mesurer l'anxiété et la dépression chez 167 femmes atteintes du cancer du sein (mesure de départ [pré-diagnostic], à 3 mois après le début des traitements et un an après la fin des traitements) démontre que même si ces deux problématiques s'améliorent avec le temps (basé sur les données disponibles pour 99 femmes), un nombre significatif de femmes présentaient encore de l'anxiété et des sentiments dépressifs élevés au suivi de 18 mois. Les auteurs documentent la douleur et la fatigue comme facteurs prédictifs de la dépression observée au suivi de 18 mois (Vahdaninia, Omidvari, & Montazeri, 2010).

La perception de la maladie

Une autre étude réalisée auprès de 50 patientes ayant terminé leurs traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie pour un cancer du sein, suggère que les patientes qui percevaient le cancer comme une maladie chronique ou cyclique étaient plus anxieuses, déprimées et inquiètes par rapport à la récurrence que les patientes qui percevaient la maladie comme un épisode aigu (Rabin, 2002).

Facteurs biopsychosociaux

Enfin, une très importante étude menée auprès de 3321 femmes danoises atteintes d'un cancer du sein observe les mêmes facteurs de risque pour le développement de la dépression, soit le jeune âge, le statut social et le fonctionnement physique mais ajoute aussi l'ethnicité, la comorbidité, l'histoire psychiatrique, le tabagisme, la consommation d'alcool ainsi que l'index de masse corporel comme facteurs prédictifs de la dépression (Christensen et al., 2009).

Conséquences des symptômes dépressifs

Porter une attention particulière aux symptômes de dépression chez les personnes souffrant du cancer est important puisque les impacts possibles de cette condition quant au traitement, au fonctionnement et à la qualité de vie des patients en oncologie sont grands.

Pour Parker, Baile, DeMoor et Cohen (2003), les patients atteints de cancer et qui sont déprimés, comparativement aux patients non déprimés, montrent une plus grande détérioration de la qualité de leurs activités de loisirs, des activités physiques, des relations interpersonnelles, des habiletés à prendre soin d'eux-mêmes et de la qualité du sommeil.

Pour Chen et Chang (2004), qui ont comparé les symptômes de 121 patients hospitalisés pour un cancer (cancer du sein, de l'œsophage, de la tête et du cou)

déprimés et non déprimés (selon les résultats à l'ÉHAD), les patients souffrant de symptômes dépressifs rapportaient significativement plus de symptômes physiques que les gens ne souffrant pas de symptômes dépressifs, surtout des symptômes comme l'insomnie, la douleur, l'anorexie, la fatigue et des plaies.

DiMatteo et Haskard-Zolnierek (2011) affirment quant à eux que plusieurs études fournissent des données sur la relation entre la dépression et des taux de survie plus faibles suite à un diagnostic de cancer. Ces auteurs associent ces taux de survie à une plus faible adhérence au traitement (réponse comportementale des patients face aux recommandations des professionnels), une conséquence de la dépression chez les patients en oncologie selon eux. En effet, les auteurs suggèrent que la dépression peut interférer dans trois catégories de facteurs essentiels à l'adhérence au traitement, soit les capacités cognitives, la motivation et la capacité à utiliser les ressources disponibles (personnelles et réseau de soutien).

En effet, tel que cité par DiMatteo et Haskard-Zolnierek (2011), comme la dépression peut affecter les capacités cognitives, les individus déprimés peuvent oublier les recommandations en lien avec le traitement, poser moins de questions et avoir une moins grande participation lors des visites médicales (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000; Katon, Unutzer, & Simon, 2004; Sherbourne, Schoenbaum, Wells, & Croghan, 2004). Aussi, la dépression peut diminuer la motivation à suivre les recommandations médicales (DiMatteo & Haskard-Zolnierek, 2011), mais aussi diminuer la mobilisation

des énergies et la capacité à utiliser, acquérir et maintenir les ressources disponibles, autant personnelles que du réseau de soutien, pour s'adapter et adhérer à ces diverses recommandations (Reuter et al., 2006).

Enfin, tel que cité par Breitbart, Pessin et Kolva (2011) dans un chapitre dédié au suicide chez les personnes souffrant du cancer, les personnes atteintes de cancer seraient plus susceptibles d'exprimer des idéations suicidaires et de se suicider que les gens de la population générale et que les gens souffrant d'une autre condition médicale (p. ex., Mishara, 1999). Aussi, les mêmes auteurs citent Chochinov et al. (1995) qui affirment que la dépression est rapportée comme étant le plus fort prédicteur du désir de devancer la mort (*desire of hastened death*) chez les patients à un stade avancé du cancer. Une autre étude sur l'association entre les demandes d'euthanasie chez les patients en phase terminale du cancer et la dépression a révélé des demandes d'euthanasie chez 44 % des patients déprimés comparativement à 15 % des patients non déprimés (van der Lee et al., 2005).

Ainsi, les impacts négatifs des sentiments dépressifs chez les patients en oncologie sont nombreux et couvrent plusieurs domaines. Les écrits scientifiques sont d'ailleurs nombreux à traiter de ces derniers en mettant le focus sur les périodes du diagnostic et du traitement. Toutefois, les sentiments dépressifs et leurs conséquences peuvent se poursuivre ou apparaître au-delà de la période de traitement. La phase de transition post-traitement pourrait donc être tout aussi perturbée par la présence de sentiments

dépressifs, imposant alors un défi supplémentaire à la reprise d'un fonctionnement satisfaisant. Ainsi, l'identification et la compréhension des spécificités de cette période sont toutes aussi importantes.

La dépression dans la période d'après traitements

Des auteurs ont observé qu'il existe certaines périodes dans la trajectoire de soins où les individus sont particulièrement à risque de vivre des sentiments dépressifs.

En effet, Burgess et al. (2005), qui ont étudié la prévalence et les facteurs de risque de la dépression et de l'anxiété chez 122 patientes atteintes du cancer du sein sur une période de cinq ans suivant le diagnostic, rapportent une prévalence de dépression et d'anxiété accrue au cours de la première année suivant l'annonce du diagnostic de cancer (50 % dans la première année, 25 % dans la deuxième, troisième et quatrième année et 15 % la cinquième année). D'autres rapportent également une plus forte prévalence de ces troubles dans la période de prétraitement avec une diminution progressive et régulière jusqu'en milieu de traitement où elle atteint son minimum. Ils identifient également une deuxième période critique, avec une prévalence équivalente à la première, qui correspond à la fin de la phase de traitement (Manzanera et al., 2003).

Ainsi, le besoin de soutien pour les patients serait donc considérable pendant la période entourant le diagnostic, avant et après une chirurgie de même qu'à la période de transition suivant la fin des traitements.

Plus particulièrement, la fin du traitement est une période qui marque l'entrée du patient dans une nouvelle étape importante. En fait, lorsque le patient termine ses traitements et suivis, il est naturel de penser que la personne est rétablie. Cependant, certains patients risquent de se sentir laissés à eux-mêmes et risquent d'avoir l'impression qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour faire face à cette nouvelle réalité (Saegrov & Haloing, 2004).

Pour expliquer le contexte d'apparition des symptômes dépressifs dans cette période de transition, des auteurs (dont Holland pour la première fois en 1989) ont nommé « syndrome de Lazare » ou « syndrome du survivant » les difficultés psychologiques que peuvent rencontrer les personnes ayant survécu à une maladie grave, dont le cancer (p. ex., Razavi & Delvaux, 2002). Cavro, Bungener et Bioy (2005), rapportent que les survivants au cancer peuvent vivre des difficultés dans la reprise des relations avec un entourage qui avait commencé à faire le deuil suite au diagnostic et qu'ils peuvent vivre un flou identitaire reflétant une difficulté à retrouver leur place dans le monde. Ainsi, ces auteurs parlent d'une problématique de la rémission qui inclut des symptômes tels que la peur de la récurrence, une diminution de l'estime de soi, une préoccupation morbide sur la mort, une labilité psychologique plus grande, un sentiment d'abandon, des difficultés dans les relations professionnelles, un isolement social, des difficultés à réintégrer le réseau familial ou social et un comportement surprotecteur de l'entourage.

D'autres auteurs suggèrent que les changements importants qui surviennent dans la période de l'après cancer et les stratégies d'adaptation utilisées pour y faire face peuvent être à l'origine du développement de la dépression. Pour Carvalho et Hopko (2011), il existe effectivement un lien entre la diminution des sources de renforcement positif, l'évitement, et la dépression. En fait, la période de transition post-traitement chez les survivants au cancer implique des défis de réadaptation importants (p. ex., reprise des rôles sociaux, retour au travail, ajustements relationnels, fatigue résiduelle et persistante) et la gestion de certaines pertes (p. ex., image corporelle, identité) (Société canadienne du cancer, 2013), dans un contexte où les contacts avec l'équipe soignante sont diminués. Dans la conceptualisation comportementale de la dépression, ces changements contextuels importants sont susceptibles d'entraîner une diminution des sources naturelles de renforcements positifs et peuvent constituer un terrain fertile au développement de symptômes dépressifs. Selon Jacobson et ses collègues, en réponse aux plus faibles contingences positives, des comportements visant à diminuer les émotions difficiles et à soulager momentanément l'inconfort et la souffrance peuvent alors s'installer (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). Comme ces stratégies permettent d'éviter des conséquences aversives à court terme, elles ont tendance à être répétées et ainsi à s'inscrire dans un cycle négatif d'évitement (diminution de l'engagement des personnes dans des activités, des situations, des relations ou des comportements qui sont perçues comme difficiles ou comme une source de malaise mais qui amènent habituellement des conséquences positives et qui sont des sources de renforcement). Ces cycles négatifs maintiennent et/ou amplifient la problématique

dépressive en empêchant la résolution de problèmes et en augmentant les probabilités de recourir à des stratégies inadaptées lorsque des événements difficiles (internes ou externes) surviennent à nouveau. Ainsi, l'individu se retrouve coincé dans une spirale négative de symptômes dépressifs. Comme les stratégies à l'origine de ce « cercle vicieux » de la dépression sont généralement perçues comme aidantes à court terme, il devient difficile pour le patient de briser le cycle négatif d'évitement seul.

Les bouleversements psychologiques et contextuels de la phase d'après cancer sont nombreux et peuvent participer au développement de sentiments dépressifs. Même si certains survivants au cancer vivent très bien cette période de rémission, pour d'autres, cette étape implique des difficultés sur le plan de l'humeur qui peuvent avoir des conséquences importantes sur leur capacité à reprendre le cours de leur vie. Bien que cette période difficile soit transitoire, sa durée étant très variable d'une personne à l'autre (Cavro et al., 2005), elle semble très importante à prendre en considération dans l'offre de service pour ces patients.

Les traitements pour la dépression en oncologie

Les traitements pour la dépression sont multiples. La plupart des organismes les plus souvent consultés au sujet des meilleurs traitements pour la dépression s'entendent sur le fait que les traitements pharmacologiques, impliquant entre autres la prise de médicaments antidépresseurs, et les traitements psychologiques tels que les thérapies cognitives-comportementales, les thérapies interpersonnelles, de résolution de problèmes

ou les TAC (ou la combinaison des deux) sont les plus souvent utilisés (p. ex., APA div.12 (Strunk & Hayes), 2010; NICE, 2009). Les données probantes au sujet des interventions psychologiques ont largement démontré leur efficacité. Ainsi, la plupart de ces organismes (p. ex., APA, 2005 (Fochtman & Galenberg); The British Psychological Society's Centre for Outcomes Research and Effectiveness, 2001; INSERM, 2004) suggèrent, dans leurs guides des meilleures pratiques dans le traitement de la dépression, des interventions psychothérapeutiques en raison des effets psychologiques positifs. Au Québec, des recommandations similaires ont été données par un groupe d'experts dans un document visant à outiller et à améliorer les pratiques des intervenants auprès des patients souffrant de dépression (Fournier, Roberge, & Brouillet, 2012).

Ces mêmes interventions psychologiques ont également fait l'objet de recherches dans le traitement des symptômes dépressifs dans le domaine de l'oncologie. En fait, plusieurs interventions psychothérapeutiques ont démontré leur efficacité afin d'aider les patients atteints de cancer à faire face à la maladie et à vivre leur vie pleinement. Plus particulièrement, ces traitements semblent favoriser une meilleure adaptation, une réduction des symptômes et une réduction des coûts reliés aux soins. En effet, des chercheurs s'intéressant à l'adaptation psychologique au cancer du sein rapportent que les interventions psychologiques ont des effets bénéfiques sur l'adaptation émotionnelle et fonctionnelle ainsi que sur les symptômes reliés aux traitements et à la maladie comme la nausée et la douleur (Compas & Luecken, 2002). En fait, l'apport de ces interventions est habituellement exprimé en termes d'amélioration de la qualité de vie,

de réduction de la douleur, de la dépression, de l'anxiété et de la détresse émotionnelle. Ainsi, la psychothérapie dans la trajectoire de soins en oncologie peut s'avérer très importante, notamment dans la gestion des sentiments dépressifs.

Des auteurs ont exploré l'expérience subjective des patients atteints de cancer ayant accès à des séances de psychothérapie individuelle (TCC et thérapie par la relaxation) afin de faire ressortir les éléments communs de ces thérapies les plus susceptibles d'être bénéfiques. Selon eux, en dépit de l'approche utilisée, le type de relation offert dans le cadre d'une psychothérapie permet aux patients de partager leurs pensées et leurs sentiments avec une personne moins impliquée émotionnellement par la maladie que les membres de leur famille, avec une personne qui porte un intérêt particulier à vouloir comprendre leur expérience du cancer et qui se soucie d'eux. Ainsi, les participants mentionnent qu'ils se sentent soulagés, moins isolés et moins stigmatisés par leur cancer (MacCormack et al., 2001). Ces données démontrent bien l'importance d'une approche thérapeutique basée sur la singularité de l'expérience du cancer vécue par les patients et sur la compréhension de leur contexte particulier. Aussi, bien que l'aide offerte par l'entourage soit particulièrement importante, ces données soulignent l'importance d'offrir une aide complémentaire et du soutien à la personne à l'extérieur du noyau familial.

Récemment, Kissane, Levin, Hales, Lo et Rodin (2011), dans un chapitre traitant des traitements psychothérapeutiques soutenus empiriquement dans le contexte des soins

en oncologie et en soins palliatifs, rapportent l'efficacité des thérapies cognitives, des thérapies centrées sur la résolution de problèmes, des interventions psychoéducatives, de l'entraînement à la relaxation, des thérapies interpersonnelles ainsi que des TAC dans les premiers stades du cancer. Pour les patients dépressifs avec un stade plus avancé du cancer ou pour les patients en soins palliatifs, ces auteurs suggèrent l'utilisation de la thérapie de la dignité (*dignity therapy*), la thérapie *CALM* (*Managing Cancer and Living Meaningfully therapy*) et les thérapies centrées sur le développement de stratégies actives d'adaptation comme le biofeedback, la relaxation, la thérapie cognitive-comportementale pour la gestion des distorsions cognitives et la thérapie centrée sur la résolution de problèmes (Kissane et al., 2011).

Au Québec, bien que les données de recherche dans ce domaine soient relativement plus limitées, les études sur le traitement des symptômes dépressifs en oncologie viennent également soutenir ces résultats (p. ex., Caplette-Gingras & Savard, 2008; Levesque, Savard, Simard, Gauthier, & Ivers, 2004; Savard et al., 2006), surtout en regard de l'efficacité des thérapies cognitive-comportementales.

En fait, plusieurs types d'interventions psychologiques se sont avérés utiles et efficaces dans l'amélioration des symptômes dépressifs en oncologie, chacune ayant un degré d'efficacité différent en fonction des besoins individuels de chacun. Toutefois, il s'avère difficile d'identifier le ou les ingrédients qui contribuent de façon majoritaire à l'effet positif des thérapies.

La thérapie d'activation comportementale

Dans les années 90, des auteurs ont mené une étude de démantèlement qui avait pour objectif d'identifier la composante ayant un véritable impact sur l'amélioration de l'humeur dans la thérapie cognitive-comportementale (TCC) pour la dépression. Jacobson et ses collaborateurs ont alors isolé la composante d'activation comportementale incluse dans la TCC afin de tester l'hypothèse voulant que l'utilisation des interventions d'activation comportementale aurait une efficacité similaire à celles de la TCC dans son entier. Les résultats de leurs travaux appuient cette hypothèse (Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998; Jacobson et al., 1996). Suite à ces résultats intéressants, Martell, Addis et Jacobson (2001) ont fait de l'activation comportementale, qui était à l'origine une composante de la TCC de Beck pour la dépression (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), une thérapie en soi et ont développé un modèle de traitement basé sur la TAC pour les gens souffrant de symptômes dépressifs. Parallèlement, Hopko et ses collaborateurs ont également élaboré une TAC distincte (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2002). Il existe donc deux formes de traitement d'activation comportementale. En 2003, Hopko, Lejuez, LePage, Hopko et McNeil ont d'ailleurs mené une étude pilote utilisant la TAC auprès de patients hospitalisés pour symptômes dépressifs. Malgré un échantillon restreint ($n = 25$), les chercheurs proposent que ces interventions sont efficaces et même supérieures aux interventions de soutien (Hopko et al., 2003). En 2004, une autre étude utilisant la TAC (10 rencontres) a démontré l'efficacité de ces interventions auprès des gens ayant une combinaison de symptômes anxieux et dépressifs. Les résultats à cette étude démontrent, en plus d'une amélioration de la

qualité de vie, une diminution des symptômes dépressifs et anxieux des participants (Hopko, Lejuez, & Hopko, 2004). En 2006, les résultats d'une étude randomisée suggèrent que la TAC serait aussi efficace que les antidépresseurs chez des patients souffrant d'une dépression majeure sévère et que, dans cet échantillon, les effets de la combinaison des deux auraient été supérieurs à la TCC (Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008).

Par ailleurs, comme ces données n'avaient pas été étudiées dans le contexte des soins en oncologie, Hopko, Armento, Hunt, Bell et Lejuez (2005) ont mené un essai clinique auprès de patients atteints de cancer et souffrant de symptômes dépressifs. Malgré un échantillon très limité ($n = 6$), les données préliminaires de cette étude sont encourageantes. Les résultats suggèrent une forte intégrité du traitement, une bonne compliance des patients au traitement, une excellente satisfaction des patients envers la TAC ainsi que des améliorations significatives des données médicales (les symptômes physiques et le fonctionnement), de la qualité de vie et des symptômes dépressifs entre les mesures pré et post traitement (Hopko et al., 2005). Les mêmes auteurs ont mené une seconde étude sur l'impact de la thérapie cognitive-comportementale pour la dépression (CBTD) auprès de 13 participants ayant reçu un diagnostic de cancer (majoritairement un cancer du sein [$n = 7$]) et de dépression. Suite à ces interventions, qui incluent des stratégies thérapeutiques d'activation comportementale, les résultats rapportés s'avèrent similaires à ceux de l'étude précédente. Les conclusions font état d'une amélioration des symptômes dépressifs, de l'anxiété, de la qualité de vie ainsi que des données médicales

(les symptômes physiques et le fonctionnement). Les résultats démontrent également le maintien de cette amélioration au suivi de 3 mois (à l'exception de l'anxiété de type somatique) (Hopko et al., 2008). Malgré les limitations importantes de ces deux études, les résultats obtenus sont encourageants quant à l'efficacité similaire des protocoles de la TAC et de la TCC pour le traitement des sentiments dépressifs chez les patients atteints de cancer. En 2011, le même groupe de chercheurs a comparé l'efficacité de la TAC (BATD – 8 rencontres) et de la thérapie basée sur la résolution de problème auprès de 80 femmes ayant reçu à la fois un diagnostic de dépression et de cancer du sein. Une amélioration significative sur toutes les mesures, dont celles de dépression et d'anxiété, est constatée pour les deux traitements suggérant une efficacité thérapeutique similaire dans le traitement des femmes déprimées atteintes du cancer du sein. Les résultats démontrent également un maintien des acquis au suivi de douze mois, celui-ci étant légèrement meilleur pour le groupe ayant reçu la thérapie d'AC (Hopko et al., 2011). Suite à cette étude, Hopko et ses collaborateurs (2013) ont étudié l'efficacité de la TAC (BATD – 8 rencontres) et de la thérapie basée sur la résolution de problème (PST) pour améliorer les symptômes dépressifs, augmenter l'espoir et réduire les idéations suicidaires chez 80 patientes atteintes de cancer du sein et de dépression. Les résultats démontrent une amélioration de toutes les variables à l'étude, un maintien des acquis au suivi de 12 mois ainsi qu'une absence de suicide complété chez les patients contactés deux ans après la fin de l'intervention. Les auteurs concluent donc que ces deux approches, BATD et PST, sont également prometteuses afin de réduire les idéations suicidaires chez les femmes déprimées atteintes du cancer du sein. En fait, il est suggéré

qu'en plus de l'engagement dans des stratégies comportementales saines, l'identification des valeurs et des buts des patients lors du traitement avec la TAC donnerait un point focal positif aux patients et permettrait de mettre l'accent sur leurs raisons de vivre, ce qui contribuerait à la réduction des idéations suicidaires (Hopko et al., 2013).

Ainsi, le lien entre la conceptualisation du développement de la dépression dans le contexte des soins en oncologie (selon l'approche cognitive-comportementale) et les données recensées quant à l'utilisation des interventions thérapeutiques de la TAC dans ce contexte semble cohérent. En effet, comme les interventions de la TAC (Hopko et al., 2004; Martell, Addis, & Jacobson, 2001) sont principalement axées sur la mise en action de l'individu en fonction de ses objectifs de vie afin de briser les cycles négatifs d'évitement, elle favorise une augmentation des activités suscitant du plaisir et un sentiment d'accomplissement, et donc des contingences positives, visant ainsi l'amélioration de l'humeur des patients. En accord avec les résultats de recherche actuels, la TAC pourrait ainsi constituer une forme d'intervention particulièrement prometteuse pour le traitement psychologique de la dépression dans le contexte de la phase de transition suite à l'arrêt des traitements pour le cancer. Toutefois, bien que certains auteurs soutiennent que les données en psycho-oncologie pour la TAC sont de plus en plus prometteuses (p. ex., Hopko et al., 2011), il est nécessaire de mentionner qu'elles sont toutefois encore limitées (Kissane et al., 2011). De plus, bien que des chercheurs québécois aient significativement contribué aux données sur le traitement de la dépression en psycho-oncologie (p. ex., Savard et al., 2006), les données québécoises

pour la TAC sont limitées et cette intervention thérapeutique n'a pas été validée empiriquement auprès de cette population, ni dans la phase d'après cancer. La présente étude veut donc contribuer à pallier ces lacunes.

En résumé, l'expérience du cancer est une situation de crise qui sollicite les capacités d'adaptation de chacun, autant aux plans physique, psychologique, social, familial que spirituel. Cette adaptation nécessaire fluctue d'un individu à l'autre mais également en fonction des différentes étapes de l'évolution de la maladie. Les nombreux défis que pose l'adaptation au cancer mettent l'individu à risque de vivre des sentiments dépressifs, notamment dans les périodes de transition comme celle de l'étape post-traitement. Comme les conséquences de la problématique dépressive sont nombreuses, notamment sur la qualité de vie de la personne qui en souffre et celle de ses proches, il s'avère nécessaire de documenter l'efficacité des interventions spécifiques et adaptées à ce contexte. Particulièrement, la TAC semble être une intervention prometteuse auprès des personnes atteintes de cancer, mais nécessite une documentation plus soutenue de son efficacité auprès de patients qui en sont à la phase de survie, particulièrement auprès d'une population francophone québécoise pour qui il n'existe actuellement aucune donnée.

Objectifs

Cette étude exploratoire s'inscrit dans le cadre d'une étude de plus grande envergure réalisée par une équipe de chercheurs. Ce contexte d'étude plus large a pour objectif de

1) traduire et adapter la TAC (Martell et al., 2001) pour le traitement de la dépression auprès d'une population québécoise de patients atteints d'un cancer; et 2) de documenter son efficacité à diminuer les symptômes dépressifs survenant dans la phase d'après traitement ainsi que la satisfaction des participants envers cette intervention.

L'objectif de la présente étude est de documenter, de façon préliminaire, l'efficacité de la TAC pour améliorer l'humeur de personnes atteintes de cancer, dans le contexte post-traitement. Un changement significatif qui survient dans l'humeur après l'introduction de l'intervention, et non le simple passage du temps, contribuera à documenter l'efficacité de cette intervention dans le contexte des soins en psycho-oncologie.

L'hypothèse de recherche qui sous-tend la présente étude est donc qu'au terme de la TAC, une amélioration significative des symptômes dépressifs sera notée chez les participants.

Définition des variables

La *variable dépendante principale* est l'humeur. L'humeur se définit par l'intensité des sentiments dépressifs ressentis par le participant. L'humeur sera mesurée par l'Échelle Hospitalière d'anxiété et de dépression (ÉHAD), par des auto-enregistrements quotidiens et par le *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR* (SCID-IP). Les auto-enregistrements quotidiens seront utilisés comme soutien aux interventions cliniques

mais seront rapportés à des fins d'analyse, seulement que dans le contexte de l'étude plus large. De plus, comme l'anxiété présente également une forte prévalence dans la population en oncologie (p. ex., Montazeri et al., 2000), cette variable sera également mesurée par l'ÉHAD et sera donc une information supplémentaire analysée parallèlement à la variable dépendante. La *variable indépendante* dans le cadre de cette étude est l'introduction de la TAC.

Bases théoriques

Le concept à la base de la TAC se fonde sur les premiers postulats du contextualisme de Ferster (1973) et Lewinsohn (1974). Les concepts centraux de ces théories sont que 1) les sentiments dépressifs résultent d'une combinaison de plusieurs facteurs (vulnérabilité biologique, histoire d'apprentissage de l'individu et circonstances de la vie) qui constituent le contexte de développement de la dépression; 2) les stratégies d'adaptation utilisées par les gens déprimés, telle que l'évitement des conséquences aversives, sont nuisibles à long terme; et 3) que ces comportements peuvent s'inscrire dans des cycles négatifs qui ont tendance à devenir récurrents (« cercle vicieux » de la dépression). Ainsi, en réponse à un contexte de vie réduit en sources de renforcements positifs, l'individu a tendance à développer une façon particulière de répondre aux événements de l'environnement (internes et externes), c'est-à-dire à développer des stratégies d'adaptation qu'il considère comme aidantes, celles-ci ayant généralement comme fonction d'éviter des conséquences négatives telles que des émotions difficiles. La dépression apparaît donc en général quand il est peu probable que les actions de la

personne soient suivies de renforcement positif. Avec le temps, les comportements d'évitement maintiennent et/ou amplifient les sentiments dépressifs parce que 1) ils diminuent le répertoire de comportements dans lesquels l'individu s'engage et par conséquent les sources potentielles de renforcement naturel, de sentiment de compétence et d'accomplissement; et 2) empêchent la personne de résoudre ses problèmes. L'individu en vient à considérer que ses possibilités dans la vie sont considérablement diminuées, ne trouve plus de plaisir dans ses activités et agit comme s'il n'y avait pas de moyen de sortir de ce cycle négatif. D'ailleurs, une loi comportementale fondamentale veut que les comportements qui permettent d'éviter une situation aversive aient tendance à se répéter. Les personnes déprimées ont tendance à répéter des comportements d'évitement comme l'inactivité, le retrait social et l'inertie. Comme ces comportements permettent à la personne déprimée de diminuer et/ou soulager l'inconfort et la souffrance, ces comportements sont naturels et compréhensibles dans ce contexte (Jacobson et al., 2001). Plusieurs de ces comportements d'évitement réfèrent d'ailleurs à des critères diagnostics de la dépression (American Psychiatric Association, 2013).

Pour illustrer ce concept, prenons l'exemple d'une femme atteinte du cancer du sein ayant subi une mastectomie. Dans ce contexte, cette femme peut présenter des difficultés d'adaptation en lien avec son apparence physique. Elle peut alors avoir tendance à éviter des situations sociales qui suscitent des émotions désagréables comme la gêne ou l'inconfort. Comme cette stratégie amène un soulagement à court terme (éviter d'être en contact avec des émotions difficiles), celle-ci est perçue comme aidante et aura tendance

à être répétée. Les conséquences à moyen/long terme peuvent toutefois être néfastes puisque la stratégie d'évitement récurrente entraîne un cercle vicieux pouvant conduire, par exemple, à une diminution des sources de renforcement positif (p. ex., ne s'engage plus dans les activités qui lui plaisent et qui lui apportent de la valorisation), à l'isolement, contribuer aux difficultés d'estime de soi ainsi qu'à un maintien et/ou l'amplification de la détresse et des sentiments dépressifs.

Les stratégies thérapeutiques

La TAC met l'accent sur les facteurs qui peuvent être changés, sur lesquels la personne a du pouvoir et qui devraient permettre de modifier ce contexte. La TAC porte une attention particulière à la fonction des comportements d'évitement et vise à briser les cycles négatifs en privilégiant l'activation en fonction d'objectifs personnels et en favorisant le développement de stratégies alternatives. Mettre les individus en action, en les incitant à faire face à leurs difficultés plutôt qu'à les éviter, constitue la technique centrale de cette approche. Par l'exposition répétée aux situations, malgré un inconfort possible, la TAC contribue également à diminuer les symptômes anxieux, lesquels apparaissent souvent en comorbidité avec l'affect dépressif. De plus, les méthodes contemporaines d'activation comportementale incluent l'analyse fonctionnelle des difficultés, des besoins et des buts de l'individu afin d'inciter ce dernier à s'engager dans des actions choisies en fonction de ses objectifs personnels. Cette évaluation est d'autant plus pertinente quand on considère les nombreux changements qu'impose un diagnostic de cancer en ce qui concerne les objectifs de vie et les valeurs à prioriser pour un

individu. La TAC met donc l'accent sur l'action guidée dans une perspective individualisée. La TAC met aussi l'accent sur les forces et les ressources de l'individu et vise à outiller le patient afin qu'il développe des compétences et habiletés dans l'observation des différentes relations entre ses actions et leur influence sur son humeur.

Enfin, la TAC met l'accent sur le changement de comportement, sans pour autant ignorer les pensées et les sentiments. Elle suggère plutôt que les pensées et les sentiments négatifs s'amélioreront au fur et à mesure que le participant modifiera ses comportements et qu'il sera plus souvent exposé à des événements et des conséquences positives. Les pensées peuvent aussi faire l'objet d'interventions spécifiques, elles sont à ce moment analysées et traitées de façon à comprendre leur fonction, à évaluer leur impact sur l'humeur et à développer d'autres stratégies de substitution au besoin.

Concrètement, les principales stratégies thérapeutiques de la TAC sont : la compréhension de la conceptualisation de la dépression et des principes fondamentaux qui sous-tendent les stratégies thérapeutiques, la sélection d'objectifs personnalisés, la remobilisation par la mise en action de ces objectifs, l'enregistrement quotidien des activités, l'évaluation continue des actions et de leurs contingences, la planification d'activités, l'assignation de tâches graduelles et la résolution de problèmes. Un des principaux outils utilisés dans la TAC est la grille d'auto-observation quotidienne des activités et de l'humeur. Les principales fonctions de cette grille sont : l'évaluation générale du niveau d'activité, la mesure de l'intensité des sentiments dépressifs en lien

avec le contexte, fournir les données afin d'évaluer l'impact des activités sur l'humeur, la mise en lumière des comportements d'évitement ainsi que l'évaluation des progrès en lien avec les objectifs de vie. Dans la TCC traditionnelle, la composante comportementale vise l'augmentation des activités susceptibles de favoriser les contingences positives. La TAC utilisée dans le cadre de cette étude implique beaucoup plus que la simple réalisation d'activités plaisantes.

En reprenant l'exemple de la femme qui évite les situations sociales en lien avec des difficultés d'acceptation de son apparence physique, l'analyse comportementale à l'aide de la grille d'auto-observation quotidienne aura mis en lumière des périodes marquées par des sentiments dépressifs, surtout en soirée, moment où elle allait auparavant exercer son sport favori, la natation. Comme l'évitement de cette activité entraîne de l'isolement, une perte du renforcement positif qu'entraînait ce sport et des sentiments dépressifs lorsqu'elle demeure à la maison, les objectifs thérapeutiques seraient probablement en lien avec la remobilisation progressive dans cette période de la journée puis en lien avec la reprise graduelle d'une activité de loisir qui implique des contacts sociaux et qui procure des sentiments positifs; ceci afin de briser le cercle vicieux d'évitement qui maintient ou alimente les sentiments dépressifs.

Le protocole de traitement utilisé lors de cette expérimentation se base sur celui élaboré par Martell et al. (2001) et traduit par notre équipe (Addis & Martell, 2009).

Méthode

Participants

Cette intervention a été réalisée auprès de trois participants ($n = 3$) ayant terminé leurs traitements actifs pour un cancer.

Les participants étaient éligibles à cette étude s'ils rencontraient les *critères d'inclusion* suivants :

- a) être âgé(e) de 18 ans et plus et s'exprimer en français;

Dans le cadre de cette étude, la population adulte a été ciblée puisque, bien que le cancer touche tous les groupes d'âges, le Comité consultatif de la Société canadienne du cancer affirme que cette maladie frappe principalement les canadiens âgés de 50 ans ou plus, ceux-ci représentant 88 % de tous les nouveaux cas (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2013). Aussi, la TAC a été développée entre autres pour le traitement de symptômes dépressifs chez les adultes.

- b) avoir reçu un diagnostic initial de cancer du sein, de la prostate ou colorectal, non métastatique;

Les diagnostics de cancers du sein, de la prostate et colorectal ont été privilégiés pour cette étude puisque, selon le Comité consultatif de la Société canadienne du cancer (2013), les cancers du sein, colorectal et prostate (ainsi que le cancer du poumon)

représentent plus de la moitié des nouveaux cas de cancers diagnostiqués (52 %) en 2013. Ces statistiques rapportent aussi que les principaux cancers, soit la prostate chez les hommes et le sein chez les femmes représentent respectivement 25 % et 26 % de tous les nouveaux cas diagnostiqués en 2013. Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus courant chez les hommes et les femmes. Les auteurs rapportent également une augmentation de la survie relative pour les cancers de la prostate (de 96 %) et colorectal (près de 65 %), le cancer du sein ayant un taux de survie relatif de 88 %. Ainsi, le choix de ces types de cancer (sein, prostate et colorectal) pour la constitution de l'échantillon de cette étude (bien que fort réduit) se base sur la représentativité de la population atteinte et survivante au cancer.

- c) avoir complété les traitements actifs pour le cancer depuis moins de trois ans (autres que l'hormonothérapie);

Le processus d'adaptation au cancer est présent à partir du diagnostic jusqu'à la fin de la vie, en passant par la phase d'après traitement (1 à 5 ans après la phase active des traitements) et la rémission (Fredette, 1995). La phase d'après traitement a été retenue pour cette étude car cette transition, même si elle suscite de l'enthousiasme, place l'individu face à des défis d'adaptation importants et constitue un contexte de changements et de stressors où le cycle négatif d'évitement est particulièrement susceptible de prendre place.

- d) être disponible pour participer à une série de neuf rencontres de 60 minutes dans un local du département de psychologie de l'UQTR, en sus de deux rencontres de suivi et celle nécessaire à l'évaluation;
- e) suspendre toute autre intervention psychologique pendant la durée de l'étude;
- f) obtenir un score de sept et plus à l'échelle de dépression de l'Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (ÉHAD).

D'autres études ont proposé un seuil similaire pour dépister la dépression majeure et le trouble d'adaptation avec humeur dépressive dans le contexte du cancer ou du VIH (Levesque et al., 2004; Savard, Laberge, Gauthier, Ivers, & Bergeron, 1998).

Les *critères d'exclusion* pour cette étude sont :

- a) présenter des signes et symptômes de récurrence du cancer;
- b) rencontrer les critères diagnostics d'un autre trouble psychiatrique sévère (p. ex., trouble psychotique, abus de substances);
- c) avoir débuté ou modifié le dosage d'une médication antidépressive ou anxiolytique depuis moins de huit semaines avant le début de l'étude ou pendant la durée de l'étude;
- d) présenter des idéations suicidaires avec danger de passage à l'acte.

Les patients qui étaient non éligibles ou exclus de l'étude étaient référés à une ressource pertinente, selon le degré d'urgence (p. ex., psychologue de l'équipe de santé

mentale du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières, urgence, Centre de prévention du suicide, Fondation québécoise du cancer, groupe de soutien, etc.).

Le *recrutement* des sujets s'est effectué parmi la clientèle du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) qui recevait des traitements médicaux aux départements d'hémo-oncologie ou de radio-oncologie. Les participants pouvaient aussi être informés de la tenue de cette étude via un groupe de soutien pour personnes atteintes de cancer de la région de Trois-Rivières ou se porter eux-mêmes volontaires via la publicité faite à propos de l'étude en cours (annonces dans des journaux locaux et endroits publics, reportage télé).

Les temps de mesure

Le Tableau 1 présente le sommaire des variables en lien avec les temps de mesure.

Dans cette étude, les temps de mesure se définissent comme suit :

T0 : Dépistage téléphonique

T1 : Prétest

T2 : Post-test

T3 : 1^{er} suivi un mois et demi après la fin de l'intervention

T4 : 2^e suivi trois mois après la fin de l'intervention

Tableau 1

Sommaire des variables en relation avec les temps de mesure

Description	T1	T2	T3	T4	EQ	MH
	Prétest	Post-test	Suivi 1½-m			Suivi 3-m
Variables dépendantes						
Dépression (ÉHAD-D) ¹	X	X	X	X		X
Anxiété (ÉHAD-A)	X	X	X	X		X
Humeur (auto-enregistrement)	X	X	X	X	X ²	
Dépression majeure (SCID-IP)	X	X		X		
Variables descriptives						
Sociodémographiques	X					
Variables médicales						
Type de cancer et sévérité	X					
Traitements médicaux reçus	X					
Médication	X					X

EQ = enregistrement quotidien pendant l'intervention

MH= mesure hebdomadaire pendant l'intervention

¹ L'ÉHAD-D est également complété au moment du dépistage téléphonique (T0).

² Dans le cadre de cette étude, les auto-enregistrements sont utilisés seulement que comme soutien à l'intervention thérapeutique.

Instruments de mesure

Questionnaire de dépistage

Ce questionnaire comprenant 13 questions est complété lors du premier contact téléphonique avec un participant potentiel. Les informations recueillies permettent de vérifier l'éligibilité initiale du patient à l'étude et, le cas échéant, de l'inviter à une entrevue initiale.

Données sociodémographiques

Un questionnaire maison permet de recueillir des informations sociodémographiques de base (sexe, âge, occupation, niveau de scolarité, statut marital, moment du diagnostic initial de cancer, traitements reçus, etc.) servant à établir le portrait de notre échantillon.

Anxiété et dépression

L'*Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression* (ÉHAD) (Zigmond & Snaith, 1983, voir Appendice A) traduit et validé en français par Savard et al. (1998) est un questionnaire auto-rapporté spécifiquement développé pour évaluer l'anxiété et la dépression chez des personnes ayant une maladie physique. Il s'agit d'un auto-questionnaire dans lequel les participants répondent aux 14 items (7 anxiété – 7 dépression) en choisissant leur réponse sur une échelle de type Likert allant de 0 à 3 pour identifier comment ils se sont sentis dans la dernière semaine. Il est possible d'utiliser le score global et/ou les scores aux échelles d'anxiété et de dépression.

Ce questionnaire a été privilégié parce qu'il exclue les items somatiques qui peuvent confondre des symptômes dépressifs avec des plaintes somatiques liées à la condition de santé. Aussi, cette échelle d'évaluation de la dépression et de l'anxiété a été choisie car plusieurs études font état de ses bonnes propriétés psychométriques. Par exemple, une étude réalisée auprès d'un large échantillon ($n = 51\,930$) conclue que ses propriétés psychométriques sont bonnes, surtout en ce qui concerne la structure factorielle, l'inter

corrélation, l'homogénéité et la cohérence interne (Mykletun, Stordal, & Dahl, 2001). D'autres études ont également étudié les performances de l'ÉHAD dans le dépistage de l'anxiété et de la dépression chez les patients cancéreux. Par exemple, Ibbotson et ses collaborateurs ont comparé l'efficacité de différents questionnaires de dépistage auprès de 513 patients atteints du cancer. Ils concluent que l'ÉHAD a bien performé pour l'ensemble de l'échantillon (Ibbotson, Maguire, Selby, Priestman, & Wallace, 1994). Même si certains auteurs ont soulevé des améliorations possibles dans la cotation de l'instrument (Rodgers, Martin, Morse, Kendell, & Verrill, 2005), la plupart des études s'entendent pour dire que l'ÉHAD est une excellente mesure globale de la détresse.

Ainsi, l'ÉHAD est complétée au T1, de façon hebdomadaire pendant l'établissement du niveau de base et pendant toute la durée de l'intervention, ainsi qu'aux T2, T3 et T4. Les sept items, qui mesurent la dépression et qui évaluent essentiellement l'anhédonie et le faible niveau d'affects positifs, sont également utilisés au moment du dépistage téléphonique (T0).

Auto-enregistrement quotidien de l'humeur

Une grille d'auto-enregistrement comportant neuf questions permet au participant d'évaluer quotidiennement différents aspects de son humeur, comme la durée et l'intensité de ses sentiments de dépression et d'anxiété, son intérêt envers ses activités quotidiennes, son niveau de fatigue et la médication prise (voir Appendice B). Le patient indique dans quelle mesure il ressent chaque symptôme au cours d'une journée selon un

pourcentage qui correspond à son estimation sur une échelle de *pas du tout* (0) à *énormément* (100). Cette grille d'auto-enregistrements quotidiens est complétée pendant le niveau de base, pendant toute la durée de l'intervention et entre les T2 et T3 ainsi qu'entre les T3 et T4. Toutefois, dans le cadre de cette étude, les données recueillies ne seront utilisées que comme soutien à l'intervention et ne seront donc pas rapportées.

Entrevue diagnostique semi-structurée (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-I/P) (First, Spitzer, Robert, Gibbon, & Williams, 1996)

Cette entrevue individuelle évalue la présence de symptômes liés aux différents troubles mentaux de l'axe I du DSM-IV et permet de déterminer si ces derniers rencontrent les critères permettant d'appuyer un diagnostic, notamment celui de dépression majeure. Au T1, elle permet de vérifier si les participants rencontrent les critères d'inclusion et permet d'identifier la présence d'autres troubles qui constitueraient un critère d'exclusion. Cette entrevue est réalisée lors de l'entrevue initiale, par l'auteure ou la chercheuse principale. Toutes deux sont préalablement entraînées à l'utilisation de cet instrument. L'entrevue est enregistrée (audio) et revue par ces deux évaluateurs qui ont une expertise diagnostique.

Hormis les questionnaires maison, tous les questionnaires auto-rapportés sont traduits, validés en français et démontrent de bonnes qualités psychométriques, ce qui a contribué à leur sélection parmi les instruments disponibles.

Procédure

Cette étude a été approuvée par les comités éthiques de la recherche du CHRTR et de l'UQTR avant le début de l'expérimentation. Elle a été en partie financée par l'Institut national du cancer du Canada (INCC).

Phase de prétraitement

Lorsqu'un professionnel de la santé de l'équipe multidisciplinaire du CHRTR rencontrait, dans le cadre de sa pratique, un patient qui semblait correspondre aux critères d'inclusion de l'étude, il demandait au patient l'autorisation écrite pour que l'assistante de recherche le contacte afin de lui présenter l'étude en cours.

Les patients ayant donné leur autorisation écrite à un intervenant référant étaient contactés par téléphone par l'assistante de recherche afin de recevoir des informations concernant la recherche et de vérifier leur admissibilité initiale à l'étude. Les patients qui correspondaient aux critères initiaux étaient invités à une entrevue clinique. Lors de cette entrevue d'une durée d'environ deux heures, l'étude était expliquée en détail au patient, le feuillet d'information était lu et le consentement éclairé était signé. L'auteure ou la chercheuse principale administrait ensuite l'Entrevue clinique semi-structurée pour le DSM-IV (SCID-IP), l'ensemble des questionnaires auto-rapportés, incluant le questionnaire sociodémographique (T1). Suite à l'entrevue clinique, la chercheuse informait le patient de son éligibilité à la recherche. Lorsqu'un patient n'était pas éligible, elle en informait l'intervenant référant, et informait le patient des ressources

complémentaires disponibles, au besoin. Lorsqu'il était éligible, la chercheuse remettait au participant plusieurs copies de la grille d'auto-enregistrement de l'humeur et de *l'Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression* (ÉHAD), accompagnées d'instructions. Le participant devait compléter les grilles d'auto-enregistrement quotidien de l'humeur pendant quelques semaines, jusqu'à ce que cette mesure soit relativement stable (niveau de base). La chercheuse faisait des rappels téléphoniques hebdomadaires pour s'assurer de l'assiduité avec laquelle le patient complétait ces auto-enregistrements et pour prendre en note ses réponses.

Design

Un protocole à cas unique AB à niveaux de base multiples en fonction des individus a été utilisé dans le cadre de cette étude. Chaque participant complétait successivement le traitement de neuf semaines (phase B) après une période de niveau de base (phase A) qui variait selon les individus et qui était déterminée au hasard pour chacun des participants. Une fois que ce niveau de base était relativement stable pour un individu ou à tout le moins qu'il ne présentait pas de pente dans le sens attendu par le traitement (environ trois semaines de prise de mesures), l'intervention était introduite pendant que le niveau de base se poursuivait pour un autre participant. L'intervention débutait pour le second participant lorsque les trois semaines minimums requises à l'établissement du niveau de base étaient complétées. La procédure a été la même pour chacun des trois participants.

Implantation de la thérapie

Le protocole pour la TAC utilisé dans le cadre de cette étude comprend neuf rencontres individuelles hebdomadaires et deux rencontres de suivi visant la prévention de la rechute, toutes d'une durée de 60 minutes et s'étant déroulées dans un local de la Clinique universitaire de services psychologiques (CUSP) de l'UQTR.

La première rencontre a été utilisée afin de faire des enseignements (interventions éducatives ou psychoéducation) sur la dépression, incluant la présentation individualisée et interactive du modèle théorique de la dépression, afin d'aider la personne à mieux comprendre le contexte particulier du développement de sa propre problématique dépressive. Ensuite, à l'aide des grilles d'auto-observation de l'humeur complétées par le participant, une analyse fonctionnelle des difficultés (lien entre les actions et l'humeur) et la précision d'objectifs d'activation personnalisés ont été effectuées. La planification, la mise en action, l'évaluation et le réajustement de ces objectifs concrets constituent le cœur des interventions effectuées au cours des rencontres et permettent la réalisation quotidienne d'actions significatives et satisfaisantes pour l'individu tout en visant le développement de stratégies saines et adaptées. Par la réalisation de ces actions associées à des contingences positives et l'évaluation de leurs impacts, le processus d'activation comportementale permet d'augmenter les comportements associés à une humeur positive et de briser les cercles vicieux de la dépression.

Bien qu'il se présente sous un format standardisé, le traitement a été adapté de façon à ce qu'il réponde aux besoins individuels des participants et à ce qu'il se déroule à un rythme confortable pour eux. Un manuel d'aide personnelle sur l'activation comportementale, ayant été traduit par les chercheuses (document original : Addis & Martell, 2004), a aussi été donné aux participants à raison d'un chapitre par semaine (neuf chapitres). Ces lectures apportent des informations complémentaires à celles discutées dans les séances de thérapie. Les principaux thèmes abordés dans ce manuel apparaissent à l'Appendice C.

Rencontres de suivi (prévention de la rechute et maintien des acquis)

Chaque patient a participé à deux rencontres individuelles de prévention de la rechute et de maintien des acquis, d'une durée de 60 minutes chacune, à un mois et demi et à trois mois après la fin de l'intervention. Ces rencontres ont permis d'évaluer les difficultés que rencontraient les patients dans la poursuite de leurs objectifs thérapeutiques et de les accompagner dans la recherche de solutions.

Données sociodémographiques

La *participante 1* : il s'agit d'une femme âgée de 54 ans, mariée et mère d'une fille de 16 ans. Madame possède un diplôme universitaire et avait un emploi comme pigiste dans le domaine de la traduction mais n'avait pas encore repris le travail au moment de l'étude. Au moment d'intégrer la thérapie, madame avait complété ses traitements pour un cancer du sein (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie et curiethérapie) depuis un

mois. La *participante 2* : il s'agit d'une femme qui était âgée de 49 ans, mariée et mère de deux enfants. La participante avait également complété les traitements pour un cancer du sein (chirurgie et radiothérapie) trois mois avant de débiter l'étude. Le *participant 3* : il s'agit d'un homme de 72 ans, veuf depuis trois ans au moment de l'expérimentation, père de deux enfants adultes, qui possède un diplôme universitaires et retraité. Monsieur avait terminé les traitements pour un cancer de la prostate (chirurgie et radiothérapie) 28 mois avant d'intégrer l'étude.

Les scores à l'ÉHAD lors du dépistage étaient de 7 pour la participante 1, de 9 pour la participante 2 et de 12 pour le participant 3.

Résultats

L'objectif de cette étude pilote était de vérifier si la TAC est efficace pour améliorer l'humeur de trois personnes présentant des sentiments dépressifs et ayant terminé leurs traitements actifs pour le cancer. Les changements significatifs de l'humeur survenant après l'introduction de l'intervention chez ces participants seront documentés afin de fournir des indications préliminaires quant à l'efficacité de cette intervention.

Analyse des données

Afin de vérifier l'hypothèse d'une amélioration de l'humeur en lien avec la TAC, les résultats seront analysés en utilisant, dans un premier temps, une inspection visuelle des graphiques illustrant la courbe de la progression dans le temps des mesures hebdomadaires à l'ÉHAD (échelle globale, échelle d'anxiété et échelle de dépression) pour les trois participants. Dans un deuxième temps, le niveau de fonctionnement au terme de la TAC et aux rencontres de suivi permet d'analyser les changements auprès de chaque participant sur une base idiographique. Cette évaluation se base principalement sur les mesures à l'ÉHAD-D (échelle de dépression) et à l'évolution de ceux-ci. Un score se situant hors de l'étendue clinique (i.e. en deçà de sept, [Levesque et al., 2004; Savard et al., 1998]) ainsi qu'une évolution favorable de ce score nous indique une amélioration dans le fonctionnement.

Mesures à l'ÉHAD

Dans le Tableau 2, un résumé des mesures à l'ÉHAD pour les trois participants à l'étude est présenté.

Tableau 2

Les résultats à l'ÉHAD en fonction des temps de mesure

Participant	Échelles ÉHAD	T0 (Dépistage)	T1 (Prétest)	T2 (Fin TAC)	T3 (Suivi 1 mois ½)	T4 (Suivi 3 mois)
1	Globale		18	2	1	3
	Anxiété		14	1	0	2
	Dépression	7	4	1	1	1
2	Globale		21	7	15	11
	Anxiété		15	6	7	7
	Dépression	9	6	1	8	4
3	Globale		24	2	7	12
	Anxiété		10	1	2	3
	Dépression	12	14	1	5	9

Progression dans le temps des mesures à l'ÉHAD

Dans les Figures 1 à 3, un résumé des mesures à l'ÉHAD pour les trois participants à l'étude est présenté.

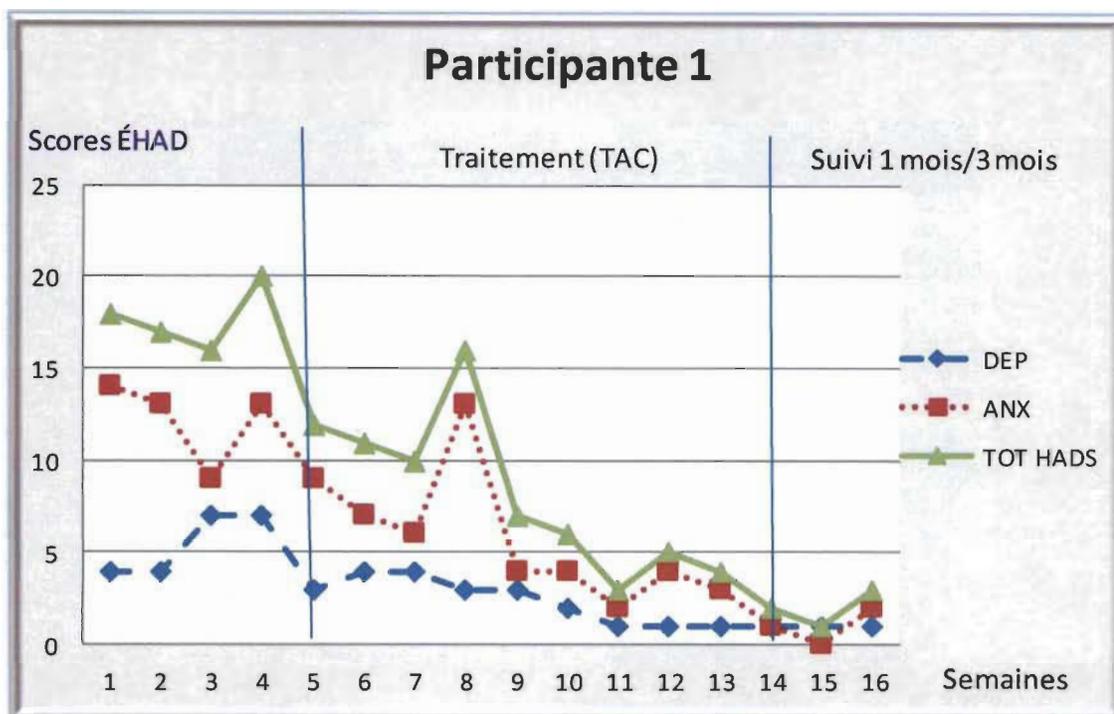


Figure 1. Mesures à l'ÉHAD - participante 1.

Globalement, il apparaît que la dépression, qui est la variable principale de cette étude, diminue de façon progressive et continue au cours du processus thérapeutique d'activation comportementale (courbe tiret) pour la participante 1. L'analyse visuelle des résultats pour cette participante démontre une diminution des sentiments dépressifs (un score de 7 au moment du dépistage à un score de 1 en fin de traitement). À noter que le score de dépression était de 4 au moment de débiter la thérapie. Le score total à l'ÉHAD semble aussi suivre la même progression, c'est-à-dire qu'il est aussi possible de noter une nette diminution des valeurs, celles-ci passant de 20 à 3 (courbe ligne pleine). À

l'observation du graphique, on constate que l'anxiété a connu certaines fluctuations dans le temps (notamment une hausse importante à la huitième semaine) tout en ayant globalement diminué (courbe pointillée); les valeurs passant de 14 à 2. Lors des rencontres de suivi, une légère hausse de l'anxiété et du score global sont observées mais ceux-ci demeurent nettement inférieurs aux scores colligés en début de traitement. Ainsi, une diminution importante suite à l'introduction de la TAC, autant pour les symptômes dépressifs, anxieux que du score global de la participante 1, est notée. Les scores (global, dépression et anxiété) tendent à demeurer bas suite à la fin de l'intervention.

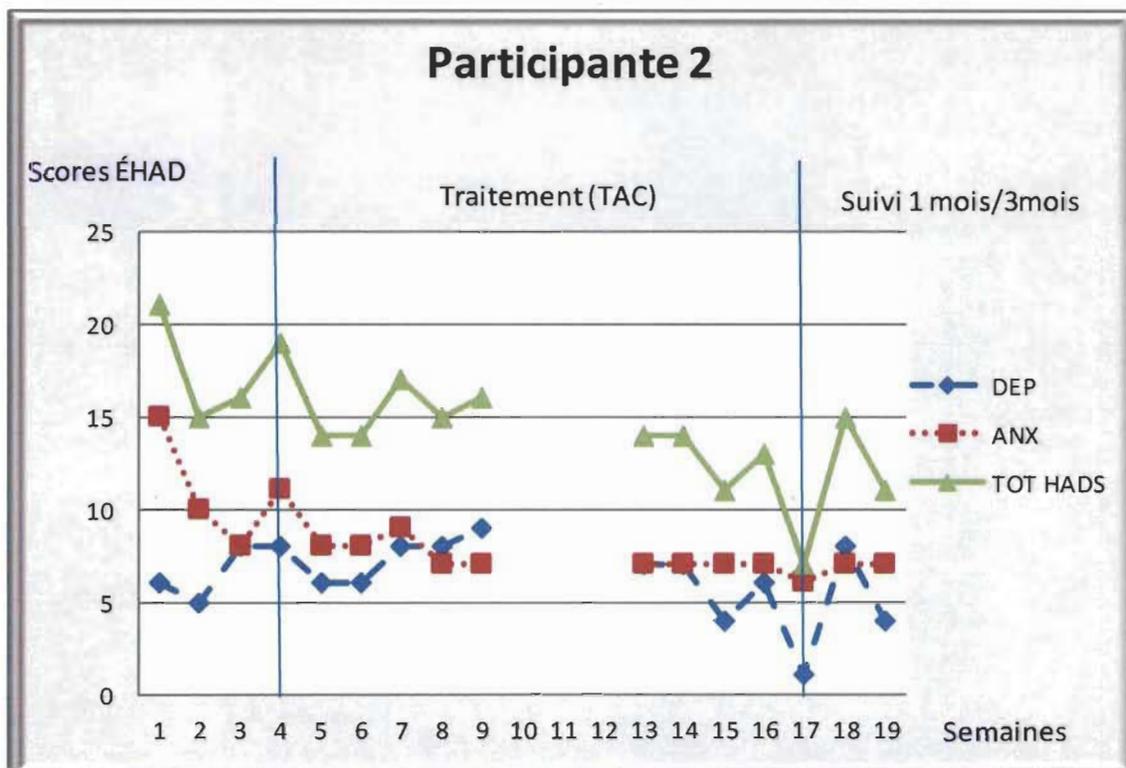


Figure 2. Mesures à l'ÉHAD - participante 2.

Le cheminement de la participante 2 est différent de celui des autres participants à l'étude. La participante 2 a interrompu le suivi pour une période de trois semaines, car elle constatait une augmentation de symptômes tels que la fatigue et les sentiments dépressifs. Pendant cette interruption, la participante 2 n'a rempli aucun auto-enregistrement ni questionnaire. Cela explique les données manquantes pour les semaines 10, 11 et 12. Les attentes de la participante envers la thérapie d'AC ainsi que ses objectifs ont fait l'objet d'un ajustement lors de la reprise du suivi, principalement en ce qui concerne le rythme des changements comportementaux effectués (changements un peu plus progressifs). Ces ajustements sont demeurés cohérents avec les principes de la TAC.

Conséquemment, les données recueillies montrent une légère mais progressive augmentation des sentiments dépressifs jusque vers la sixième semaine de traitement (semaines 5 à 9), ce qui correspond à la période ayant précédé l'interruption des rencontres. Il est également possible de constater que les sentiments dépressifs de madame ont ensuite diminué lors de la poursuite de la thérapie passant de 6 au pré-test (9 au moment du dépistage) à 1 à la fin des rencontres de TAC puis à 4 en toute fin de suivi (courbe tiret). On observe la même tendance pour le score total à l'ÉHAD passant de 21 à 11 (courbe ligne pleine) tandis que l'anxiété est demeurée relativement stable tout au long du processus malgré une légère diminution (de 15 à 7 pour la courbe pointillée). On note également une augmentation des scores de dépression (courbe tiret)

et du score total à l'ÉHAD (courbe ligne pleine) lors de la relance à un mois, suivie d'une diminution de ces deux courbes au suivi à trois mois.

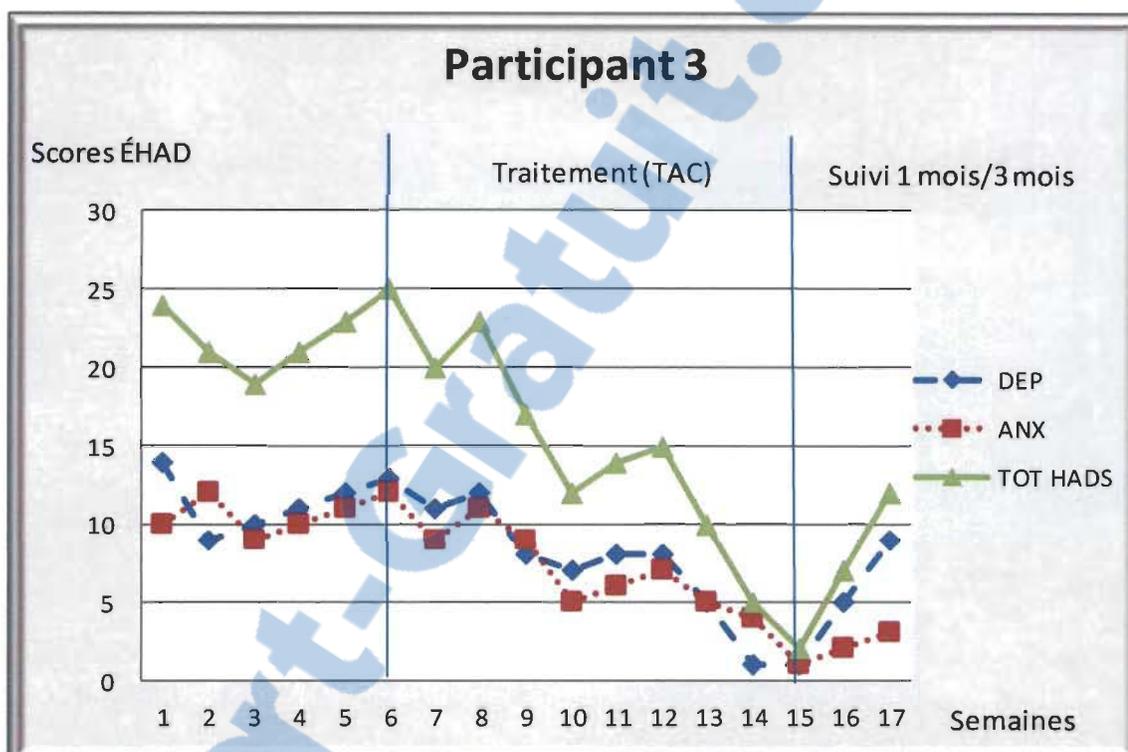


Figure 3. Mesures à l'ÉHAD - participant 3.

Les scores à l'échelle des sentiments dépressifs du participant 3 (courbe tiret) passent de 14 (12 au moment du dépistage) à 1 à la fin du programme. On constate cependant une augmentation des scores aux rencontres de suivi (1 mois et 3 mois). La courbe d'anxiété (pointillée) suit la même progression que celle des sentiments dépressifs, c'est-à-dire que les scores diminuent aussi progressivement (de 12 à 1) pour ensuite augmenter légèrement lors des rencontres de suivi. Enfin, le score total à l'ÉHAD (courbe ligne pleine) diminue de façon significative passant de 25 à 1 suggérant

que, suite à l'introduction de la TAC, l'humeur de ce participant s'est nettement améliorée. Aux rencontres de suivi, une résurgence des symptômes dépressifs et anxieux est notée.

Niveau de fonctionnement au terme de la TAC

La Figure 4 illustre les données recueillies à l'ÉHAD-D (échelle de dépression) aux différents moments de mesures, particulièrement au moment de terminer le traitement et au moment du suivi trois mois après la fin des rencontres individuelles avec le thérapeute.

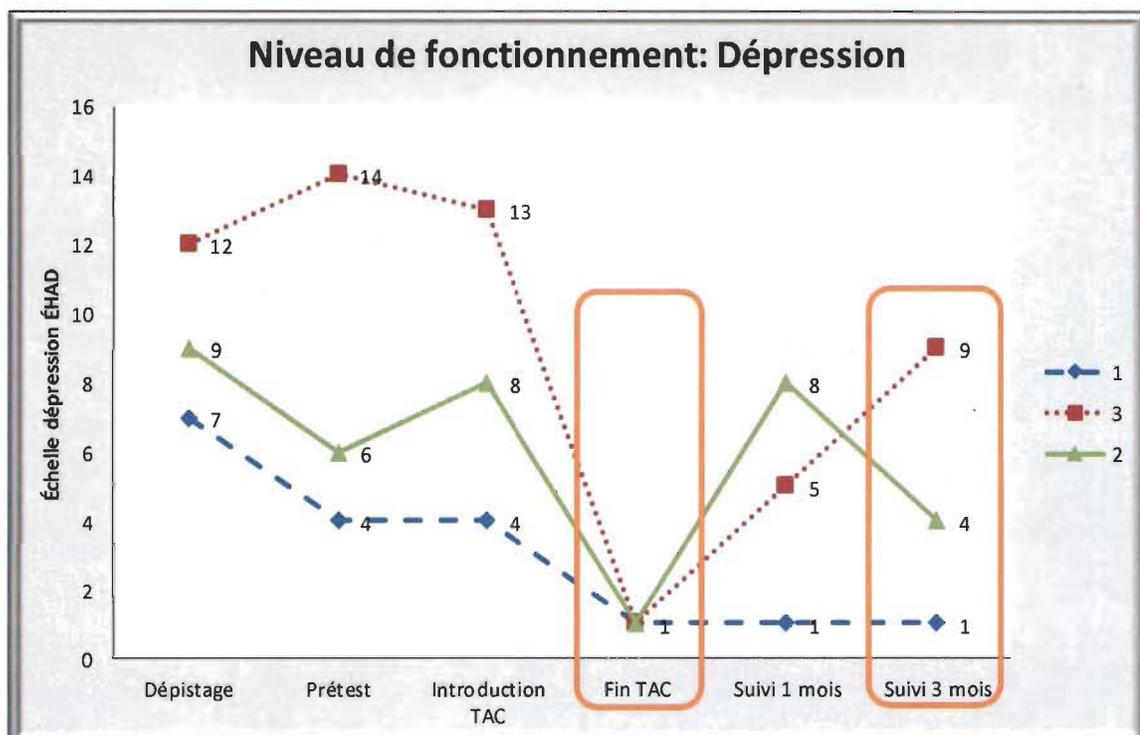


Figure 4. Niveau de fonctionnement au terme de la TAC en regard des symptômes dépressifs.

Le graphique ci-haut montre les scores à l'échelle de dépression mesurés à l'ÉHAD-D pour chacun des trois participants à l'étude en fonction des différents moments du suivi thérapeutique. À l'observation de ce graphique, il est possible de constater qu'au terme des neuf rencontres de la TAC, les trois participants ont obtenu 1 à l'échelle de la dépression. En plus de signifier que les scores de ces participants ont nettement diminué lors du traitement, ce résultat nous indique que les participants étaient tous largement sous le seuil clinique de la dépression (point de rupture établi à 7; un tel point de rupture ayant déjà été utilisé dans des études semblables à celle-ci ([Levesque et al., 2004; Savard et al., 1998]) au terme de la TAC. Nous notons que les participants ont atteint le meilleur niveau de fonctionnement (au plan de la symptomatologie dépressive) comptabilisé au moment de terminer le programme. Lors de la phase de maintien, les participantes 1 et 2 semblent avoir relativement bien maintenu leurs acquis puisque leurs scores (malgré une légère augmentation pour la participante 2 sont demeurés sous le seuil clinique de la dépression. Le participant 3 a toutefois connu une recrudescence de ses sentiments dépressifs dans la période des trois mois suivant l'arrêt des rencontres de thérapie. Ce participant est donc passé au-dessus du seuil clinique de la dépression avec un score de 9 (le même score que lors du dépistage), ceci suggérant une difficulté à maintenir les acquis du programme.

Discussion

L'objectif de cette étude était de vérifier l'efficacité de la TAC pour l'amélioration des symptômes dépressifs chez trois personnes ayant terminé leurs traitements actifs pour un cancer. Globalement, en dépit des importantes limites liées au caractère exploratoire de la présente étude, les résultats obtenus permettent d'appuyer l'hypothèse de recherche initiale. Particulièrement, les résultats obtenus suggèrent que, malgré certaines fluctuations de la symptomatologie à différents moments du traitement, les scores globaux de dépression diminuent suite à l'introduction de la TAC.

Ces résultats semblent cohérents avec les recherches cliniques précédentes sur l'utilisation de la TAC comme traitement des symptômes dépressifs en oncologie (p. ex., Hopko et al., 2005, 2008, 2011).

Les stratégies de la TAC comme facteurs d'amélioration de l'humeur

En regard des résultats obtenus, il est possible d'affirmer que les stratégies thérapeutiques centrales de la TAC semblent avoir contribué aux gains thérapeutiques observés quant à l'amélioration des sentiments dépressifs chez les participants. Ces résultats préliminaires encourageants suggèrent que les stratégies comportementales de la TAC, notamment l'exposition graduée visant à contrer l'évitement et l'activation comportementale dirigée vers l'accomplissement d'objectifs de vie en lien avec les

valeurs, peuvent avoir contribué aux résultats obtenus en favorisant de nouvelles expériences de succès et en augmentant les contingences positives.

Le processus thérapeutique de la participante 2 au sein de cette étude illustre bien ces deux principes, soit le concept d'exposition aux situations anxiogènes et sources d'inconfort et la poursuite d'actions dirigées vers les objectifs, même si celles-ci apparaissent comme difficiles.

À la 9^e semaine, cette participante a décidé de cesser les rencontres de thérapie et a cessé de compléter les auto-enregistrements. À ce moment, elle mentionnait vivre davantage de symptômes dépressifs et trouvait la thérapie difficile en raison de l'impression de surcharge qu'elle entraînait. L'analyse fonctionnelle de la situation a permis de comprendre que l'augmentation de la symptomatologie provenait en partie de l'inconfort supplémentaire qu'entraînaient les changements comportementaux amorcés dans le cadre de la TAC. En plus de la gestion de ses obligations familiales et professionnelles dans le contexte de sentiments dépressifs, les stratégies comportementales d'exposition aux situations plus difficiles ajoutaient, de façon temporaire, à la symptomatologie et demandait le déploiement d'une plus grande quantité de ressources d'adaptation. Cette impression d'inconfort augmentée a entraîné l'arrêt de la thérapie. Ainsi, sous un angle d'analyse comportementale, cet arrêt s'avérait être une stratégie d'évitement des situations qui entraînaient des émotions difficiles (mais qui étaient susceptibles d'aider madame à long terme) et celle-ci a pu être adressée

et modifiée. La thérapeute a alors aidé la participante à réviser le rythme des changements comportementaux afin que cette dernière soit en mesure de tolérer l'inconfort supplémentaire ressenti tout en persévérant dans les objectifs thérapeutiques fixés. Suite à la reprise du traitement, les scores de dépression, qui avaient augmenté avant la suspension de la thérapie, ont ensuite graduellement diminué jusqu'à la dernière rencontre de la TAC (ce score a ensuite augmenté lors de la rencontre de suivi à 1 mois, puis diminué à nouveau au suivi de 3 mois). Ainsi, les stratégies visant à contrecarrer les comportements d'évitement semblent avoir été un facteur explicatif central de l'amélioration de l'humeur des participants, notamment pour la participante 2.

Les données recueillies semblent également supporter l'idée que le développement d'une meilleure compréhension par les participants de leur mode de fonctionnement, de l'impact de certains comportements sur leur humeur, de l'expérimentation de nouveaux comportements, du développement de nouvelles stratégies pour faire face aux difficultés et aux sentiments dépressifs (p. ex., sélection d'objectifs, enregistrements quotidiens des activités, évaluation continue des actions et de leurs contingences, planification d'activités, assignation de tâches graduelles et résolution de problèmes), qui sont également des stratégies thérapeutiques privilégiées par la TAC, ont pu favoriser des changements favorables dans l'humeur des participants.

Ainsi, à la lumière de ces résultats préliminaires, les principes globaux qui sous-tendent la TAC semblent être impliqués dans l'amélioration des symptômes dépressifs chez les participants ayant bénéficié de cette intervention.

L'impact des facteurs non spécifiques dans l'amélioration de l'humeur

Par ailleurs, Cottraux (2004) soulève une question importante quant à l'implication inhérente au contexte de recherche et ses impacts sur les résultats obtenus. Il mentionne que l'impact relationnel accru des individus inclus dans une étude (en temps et en attention), par rapport aux psychothérapies conventionnelles, peut apporter un effet non-spécifique de soutien psychologique. Effectivement, l'implication des participants à la présente étude était élevée (rencontres individuelles, travaux à la maison, analyses et mesures, etc.). Les participants ont également répondu à davantage de questionnaires (p. ex., HADS à toutes les semaines) que les individus ayant reçu la même thérapie dans un contexte thérapeutique habituel. Tout de même, dans un éditorial de l'Ordre des psychologues du Québec, il est mentionné que les bonnes pratiques en matière de traitement psychologique suggèrent une pratique fondée sur les données probantes (utilisation consciente, judicieuse et explicite des données issues de la recherche) mais également un suivi continu des données tirées de la pratique, c'est-à-dire des effets des traitements psychologiques (réactions, symptômes et fonctionnement psychologique) et des progrès du patient afin d'éclairer les prises de décision clinique (Drapeau, 2012). L'utilisation de ces mesures est donc appropriée au contexte de recherche mais également à la pratique clinique. Par ailleurs, les autres outils thérapeutiques tels que les

enregistrements quotidiens de l'humeur, les lectures, les rencontres individuelles de TAC et les rencontres de suivi ne divergent pas significativement de la pratique courante de la TCC (Cottraux, 2004) ni des recommandations visant le traitement de la dépression (p. ex., Fournier et al., 2012). À cet égard, les résultats obtenus au cours de cette étude demeurent pertinents. Aussi, il est impossible de mesurer et analyser l'implication de facteurs tels que l'empathie et l'alliance thérapeutique dans les gains thérapeutiques observés.

Enfin, l'utilisation d'un protocole à cas unique de type AB à niveaux de base multiples (niveau de base impliquant un état stable d'environ trois semaines) a été utilisé afin de mieux contrôler les autres effets non-spécifiques possibles tels que le passage du temps. Par ailleurs, la prise d'une médication psychotrope pourrait constituer un facteur méthodologique ayant une incidence sur les résultats de l'étude. Pour ce faire, ce facteur a été documenté tout au long de l'étude et un critère de participation prévoyait l'exclusion du participant s'il débutait ou modifiait le dosage de la médication pendant la durée de l'étude. Parmi l'échantillon actuel, seul le participant 3 utilisait une médication antidépressive, laquelle a été stable tout au long de l'étude.

Le changement comme facteur anxigène et d'inconfort

Bien que l'expérience de la dépression, du cancer et de la TAC soient uniques à chacun, l'analyse des graphiques permet d'observer que, pour les trois participants, une exacerbation de l'anxiété et de la dépression est survenue au moment de débiter la TAC.

Aussi, pour chacun des participants, on note une augmentation (de légère à modérée, selon les profils) de la symptomatologie vers la troisième rencontre de thérapie. Enfin, une dernière recrudescence des sentiments dépressifs ou de l'anxiété est ressentie chez les trois participants dans les dernières rencontres de suivi du programme.

Les fluctuations des scores de dépression et d'anxiété au cours de l'étude suggèrent que les stratégies proposées par la TAC peuvent amener un niveau d'anxiété et d'inconfort plus élevé au moment d'amorcer la thérapie, d'amorcer les changements comportementaux ou au moment de poursuivre les objectifs identifiés en fin de suivi.

En fait, ces augmentations de la symptomatologie coïncident, dans un premier temps, avec le début des rencontres de thérapie d'AC. En plus de l'anxiété souvent rencontrée dans la clinique au moment de débiter un nouveau suivi (le suivi thérapeutique étant le premier changement comportemental qui sollicite les ressources d'adaptation des participants), de surcroît dans le cadre d'une étude (avec les exigences supplémentaires que cela implique), le fait que les participants devaient observer et porter une attention particulière à leurs symptômes dépressifs et anxieux peut expliquer ce phénomène. Ainsi, le fait de mettre l'accent sur les sentiments dépressifs au moment où les participants n'ont pas encore développé de stratégies efficaces pour leur faire face a pu contribuer à l'exacerbation de la symptomatologie en début de traitement.

Le deuxième moment où cette augmentation de la symptomatologie est observée semble correspondre au début de la formulation des objectifs de traitement et de l'amorce des premières étapes d'activation comportementale. En fait, les principaux fondements de la TAC sont basés sur le principe que certains comportements observés chez la personne déprimée (stratégies d'adaptation inefficaces), bien que ceux-ci soient naturels, peuvent contribuer au maintien des sentiments dépressifs ainsi qu'au cercle vicieux de la dépression. Le cycle négatif de la dépression a ainsi tendance à s'auto-renforcer dans le contexte où les stratégies inefficaces, souvent l'évitement, fonctionnent à court terme, c'est-à-dire qu'elles permettent de soulager temporairement les émotions difficiles, mais qu'elles sont généralement peu efficaces, voir nuisibles, à long terme. L'amorce de changements significatifs dans ces stratégies peut être particulièrement anxiogène, surtout qu'elle nécessite d'accepter l'inconfort que suscite l'exposition à certaines situations habituellement évitées par la personne et de changer une stratégie qui semble aidante par une stratégie qui accentue l'inconfort. Ainsi, lorsque les participants sont encouragés à modifier leur mode de fonctionnement, ceci peut engendrer de l'anxiété ou une augmentation de l'état de malaise.

Ces résultats démontrent donc l'importance de favoriser une bonne compréhension de la part des patients des objectifs thérapeutiques visés par la TAC en mettant en lumière la distinction entre les effets à court terme de ces nouveaux comportements (inconfort) et les bénéfices visés à plus long terme (amélioration de la

symptomatologie); ceci en les incitant à persévérer, surtout que les objectifs fixés sont en lien avec leurs buts et leurs valeurs.

Aussi, il est possible que la recrudescence des symptômes dépressifs et anxieux au moment de terminer le programme d'intervention provienne de l'anticipation quant au maintien des acquis, c'est-à-dire de devoir poursuivre les objectifs, maintenir les nouveaux comportements et ce, sans l'aide du thérapeute. Il est également possible que des circonstances de vie/événements ponctuels (p. ex., l'anniversaire du décès de la conjointe du participant 3) aient pu influencer la résurgence des symptômes anxieux et dépressifs chez les participants, amenant donc un questionnement quant au maintien de l'équilibre, encore fragile, après le traitement.

À cet effet, il est possible de noter des résultats différents pour les participantes 1 et 2 à ceux du participant 3, particulièrement en regard des résultats obtenus au suivi de trois mois après la fin de la TAC. Il s'avère intéressant de noter que le participant 3 est différent des deux autres participantes au plan du sexe, du type de cancer (cancer de la prostate versus cancer du sein) ainsi que du niveau de sévérité des sentiments dépressifs en début de traitement. D'ailleurs, ceci n'est pas sans rappeler que la plupart des études sur les sentiments dépressifs en oncologie portent généralement sur les femmes atteintes du cancer du sein et que les résultats de recherche au sujet de l'efficacité de la TAC ont également été obtenus principalement auprès d'échantillons majoritairement ou totalement féminins avec une majorité de diagnostic de cancer du sein (Hopko et

al., 2005, 2008, 2011). Ainsi, les résultats obtenus dans la présente étude appuient l'importance d'un plus grand échantillonnage incluant différents sites tumoraux lors de recherches subséquentes afin que les données puissent être généralisables à la population en oncologie. Aussi, ces constats soulèvent un questionnement quant à l'efficacité à long terme de la TAC pour des patients présentant des niveaux de sentiments dépressifs plus élevés. Même si les données de littérature documentent l'efficacité des TAC pour la dépression dans le contexte de traitements de faible intensité et de haute intensité (avec prolongation de l'intervention au besoin) (Fournier et al., 2012), il s'avère important de documenter l'efficacité de la TAC auprès des personnes ayant des niveaux de dépression plus élevés dans le contexte particulier du cancer et de l'après-cancer. Hopko et al. (2005) mentionnent d'ailleurs que des stratégies thérapeutiques complémentaires peuvent être nécessaires pour des patients ayant une présentation clinique plus complexe.

Le maintien des acquis : un défi

Les résultats permettent donc de constater un fait important en vue des futures études. En fait, contrairement aux résultats obtenus par Hopko et ses collaborateurs (2005, 2008, 2011), les résultats obtenus lors de la présente étude, même si la TAC semble être globalement bénéfique dans la diminution des sentiments dépressifs en cours de traitement, ne font pas ressortir d'indicateur clair du maintien de l'amélioration clinique dans le temps; le maintien des acquis s'avérant précaire pour les trois participants à cette étude. Ainsi, les symptômes dépressifs et anxieux, suite à l'arrêt des

rencontres, ont eu tendance à augmenter à nouveau, surtout pour le participant 3. Parmi les hypothèses possibles, ces résultats peuvent suggérer que la durée du traitement n'est pas suffisamment longue pour permettre aux participants d'intégrer les nouvelles stratégies proposées par la TAC et de s'approprier des stratégies efficaces et personnalisées de prévention de la rechute. Compte tenu de ces résultats, l'augmentation de la durée de traitement et l'ajout de rencontres de suivi supplémentaires pourraient être envisagés pour pallier cette difficulté.

En effet, tout en demeurant dans l'esprit d'une thérapie simple et brève, augmenter légèrement la durée du traitement permettrait possiblement de favoriser une meilleure intégration des principes centraux et des stratégies individualisées de la TAC. Entre autres, Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters et Pagoto (2011), dans une révision de la BATD suite à 10 ans d'utilisation, proposent de porter une plus grande attention au rationnel sous-jacent à la TAC puisque la compréhension du patient des fondements de l'intervention proposée et de la conceptualisation de sa problématique est une première étape importante du traitement. Cette attention particulière aurait également un impact positif quant au développement d'une meilleure alliance thérapeutique (Lejuez, Hopko, Levine, Gholkar, & Collins, 2006). Ceci pourrait ainsi augmenter légèrement la durée de traitement. Dans un objectif de maintien des acquis et de prévention de la rechute, les mêmes auteurs suggèrent que de réviser les principaux concepts impliqués dans la TAC, surtout lorsque les symptômes dépressifs se sont résorbés, peut améliorer la compréhension du patient du traitement offert et renforcer l'utilisation de stratégies

saines et efficaces après la fin du traitement. D'ailleurs, les auteurs encouragent également les patients à poursuivre l'évaluation continue des actions et de leurs contingences de même que la planification d'activités après la fin de la thérapie afin de favoriser le maintien des acquis.

Aussi, suite à l'arrêt des rencontres de TAC, les participants sont susceptibles de vivre des événements de vie pouvant menacer l'équilibre précaire et mettre à l'épreuve les nouvelles stratégies comportementales adoptées. Les rencontres de suivi supplémentaires (*booster sessions*) pourraient donc être l'occasion d'identifier les difficultés et obstacles rencontrés face à l'application des stratégies proposées par la TAC, de faire un rappel des principes qui sous-tendent le traitement et de trouver des solutions efficaces et satisfaisantes pour le participant (Lejuez et al., 2011).

Dans la même visée de favoriser le maintien des acquis et la prévention de la rechute, l'utilisation des stratégies préconisées par les approches de 3^e vague en TCC pourrait être fort utile. D'ailleurs, une équipe québécoise a récemment publié un article traitant de l'optimisation de la TCC en la modernisant avec le regard contemporain de ces concepts (Dionne, Blais, Boisvert, Beaudry, & Cousineau, 2010), notamment par l'ajout de stratégies liées à la « pleine conscience » (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Prenant racine dans la tradition bouddhiste, la pleine conscience a été intégrée à la TCC pour différentes problématiques (p. ex., pour la gestion de la douleur et la réduction du stress [Kabat-Zinn, 1990]) et particulièrement pour la prévention de la rechute chez les

patients déprimés (*Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, [Segal, Williams, & Teasdale, 2002, 2006]). Les buts fondamentaux de cette approche sont l'enseignement et le développement de stratégies visant à devenir plus conscients des sensations corporelles, des émotions et des pensées, moment après moment, afin d'expérimenter une façon différente d'être en relation avec l'expérience (Larouche, 2009). Plus particulièrement, la thérapie basée sur la pleine conscience a prouvé son efficacité pour la prévention des rechutes dépressives chez les patients ayant souffert de trois épisodes de dépression et plus. Les études contrôlées randomisées disponibles (Kuyken et al., 2008; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau, 2000, citées dans Larouche, 2009) démontrent une réduction significative de rechute dépressive dans les 60 semaines suivant l'intervention (66 % traitement habituel de maintien vs 37 % MCBT) (Larouche, 2009).

En fait, les stratégies de la TAC empruntent déjà des stratégies thérapeutiques issues de la thérapie basée sur la pleine conscience en invitant le patient à porter son attention sur son expérience afin d'observer les contingences associées à son comportement (Dionne et al., 2010). En alliant les concepts centraux des deux approches soit, l'acceptation, le non-jugement, la capacité à choisir une réponse face aux difficultés, la pratique de la méditation et la mise en action dirigée vers des buts liés aux valeurs du patient, ces deux approches thérapeutiques pourraient possiblement bien s'harmoniser. Les stratégies de pleine conscience pourraient alors offrir un complément utile à la

forme actuelle de la TAC afin d'améliorer le maintien des acquis dans le temps et prévenir la rechute dépressive.

L'identification des objectifs de travail est importante

Ces résultats mettent aussi en évidence l'importance de bien identifier les objectifs à travailler au cours de la TAC. En effet, le processus d'adaptation au cancer implique des changements autant au plan identitaire, dans la perception de soi, dans les relations, dans les activités significatives, dans la définition des objectifs de vie qu'au niveau des attentes par rapport au futur. Naus et al. (2009), qui conceptualisent l'expérience du cancer comme une maladie chronique, mettent en évidence l'importance de clarifier et de définir la nature des changements survenus suite au cancer afin d'avoir une meilleure compréhension du processus d'adaptation de ces personnes. Ainsi, il s'avère important que les objectifs ciblés dans le cadre de la TAC soient basés sur leurs enjeux personnels en mettant l'accent sur le processus d'adaptation comportemental à l'expérience du cancer en fonction des besoins spécifiques et des conséquences sur la qualité de vie. De cette façon, le traitement a davantage de chance de cibler plus adéquatement la prévention de la rechute, surtout en ce qui concerne les symptômes dépressifs et anxieux lorsque des circonstances de vie difficiles surviennent ou que les patients sont confrontés à des bouleversements en lien avec l'expérience du cancer. D'ailleurs, même si la TAC est manualisée et offre une application structurée du traitement de la dépression, Lejuez et al. (2011) mentionnent que la TAC devrait également permettre une flexibilité

permettant la personnalisation des stratégies thérapeutiques en fonction des forces et des faiblesses de chacun.

Limites méthodologiques de l'étude

Échantillon et recrutement

Le nombre limité de participants à cette étude ($n = 3$) de même que la méthodologie employée (p. ex., protocoles à cas unique, absence d'un groupe contrôle, inspection visuelle des données sans analyse statistique) impose une limitation très importante quant à la possibilité de tirer des conclusions significatives. Selon Cottraux (2004), les limites méthodologiques seraient trop importantes pour pouvoir généraliser les résultats de cette étude à la population visée. La présente étude est donc résolument exploratoire. Néanmoins, ces résultats positifs qui s'ajoutent à ceux d'autres groupes de recherche concernant la TAC (p. ex., Hopko et al., 2008) apportent un argument supplémentaire pour poursuivre les recherches afin d'obtenir davantage de données pour appuyer son efficacité clinique. Les résultats obtenus indiquent également que des études ultérieures menées sur un plus grand échantillon seraient pertinentes pour l'avancement des connaissances scientifiques sur le sujet.

Face à cela, même si le présent essai s'inscrit dans une étude plus large qui comportera un nombre plus important de participants, le recrutement s'est avéré plutôt laborieux. Les références sont parvenues majoritairement du CHRTR, une seule de la

communauté, et cela même si des efforts importants ont été déployés dans différents milieux.

Outre les contraintes associées au contexte de recherche, la distinction difficile entre les symptômes usuels associés au cancer et les sentiments dépressifs pour la population générale, et parfois même pour les équipes traitantes, pourrait avoir contribué aux difficultés de recrutement. En fait, les gens ont pu avoir des doutes quant à leur éligibilité, ces derniers ayant pu mener à leur abstention. De plus, la persistance de tabous, de mythes et de préjugés quant à la maladie mentale, mais aussi quant à la psychothérapie au sein de la communauté ont pu affecter le nombre de répondants. L'enseignement doit donc être une intervention cible auprès de cette population. Cela vient aussi soutenir notre approche qui intègre et qui donne une réelle importance aux interventions à visée éducative comme introduction à l'activation comportementale.

Les données auto-rapportées

L'utilisation de questionnaires auto-rapportés peut aussi amener un certain biais puisqu'ils ont un caractère subjectif, c'est-à-dire qu'ils sont répondus en fonction du ressenti des participants et en fonction de ce qu'ils veulent bien livrer. Malgré cela, les instruments utilisés (p. ex., l'ÉHAD) ont montré de bonnes qualités psychométriques (p. ex., Ibbotson et al., 1994; Mykletun, Stordal, & Dahl, 2001). De plus, les questionnaires et relevés d'observation de l'humeur sont employés afin d'aider le participant à

comprendre sa dynamique personnelle en lien avec le processus de la dépression, et sont donc utiles et nécessaires.

Rapport-Gratuit.com

Conclusion

De nos jours, les survivants au cancer sont de plus en plus nombreux et les défis d'adaptation suite à cette épreuve sont grands. Le retour à la « normalité » pour ces personnes peut s'avérer difficile sur plusieurs plans, notamment sur le plan de l'humeur. Le piège des cycles négatifs liés aux stratégies comportementales inadaptées dans le contexte d'une diminution des contingences positives dans la phase d'après traitement guette les survivants et est susceptible de contribuer au maintien et/ou à l'amplification de la problématique dépressive de ces derniers. Devant cette réalité, plusieurs travaux de recherche se sont penchés sur les traitements les plus susceptibles d'aider ces patients atteints de cancer qui vivent des sentiments dépressifs. Parmi ceux-ci, les études sur l'efficacité de la TAC sont de plus en plus nombreuses et prometteuses (p. ex., Cuipers, van Straten, & Warmerdam, 2007). La présente étude vient alors contribuer aux données de recherche dans ce domaine particulier.

Malgré les limitations importantes, les résultats préliminaires de cette étude sont encourageants et appuient l'hypothèse de l'efficacité de la TAC afin d'améliorer l'humeur de trois participants présentant des sentiments dépressifs dans le contexte de la période transitoire suite à l'arrêt des traitements actifs pour un cancer. Toutefois, bien que les données de la littérature suggèrent un maintien des acquis dans le temps et la prévention de la rechute pour la TAC (Coffman, Martell, Dimidjian, Gallop, &

Hollon, 2007), les données recueillies dans le cadre de la présente étude ne peuvent soutenir les mêmes résultats.

Apport clinique

Malgré les grandes avancées récentes sur le cancer et les nombreux travaux en psycho-oncologie, pour certains auteurs, les données scientifiques quant au traitement des sentiments dépressifs dans la population en oncologie sont encore limitées et nécessitent la poursuite des travaux de recherche (p. ex., Fann et al., 2008). Néanmoins, la littérature scientifique reconnaît actuellement l'efficacité des psychothérapies dans le traitement d'une telle problématique, notamment des thérapies cognitives-comportementales. Particulièrement, les travaux de recherche au Québec ont permis d'appuyer l'efficacité de la thérapie cognitive dans le traitement de la dépression chez les femmes atteintes du cancer du sein (Levesque et al., 2004; Savard et al., 2006). Toutefois, peu d'études ont porté sur l'efficacité de la TAC pour la population québécoise. Sans pouvoir en généraliser les résultats, la présente étude vient ajouter des données pertinentes sur ce sujet et permet d'appuyer la poursuite des travaux de recherche de plus grande envergure dans ce domaine.

Aussi, la présente étude vient participer au courant actuel visant à revisiter la thérapie cognitive-comportementale (TCC) afin de l'adapter aux besoins spécifiques de diverses populations cliniques, notamment en psycho-oncologie. Dans le cas du traitement de la dépression, un courant actuel met l'accent sur l'optimisation de la TCC

à l'aide de l'activation comportementale, tout comme dans cette étude. Cette optimisation de la TCC traditionnelle n'implique pas seulement l'ajout de nouvelles stratégies, mais bien un retour aux sources en mettant l'emphase sur le maintien d'une attention constante sur la composante comportementale (Dionne et al., 2010). Comme ces auteurs le suggèrent :

Des interventions purement comportementales aidant les personnes à s'activer et à s'engager dans leur vie de façon à vivre des expériences de plaisir ou d'accomplissement, à résoudre des problèmes et à accomplir des objectifs de vie importants peuvent s'avérer suffisantes pour produire les changements désirés dans le contexte de la dépression. (p. 9)

La présente étude permet d'appuyer ces mêmes constats et par le fait même, elle permet de documenter les impacts positifs à court terme d'une intervention brève et structurée comme la TAC sur l'humeur.

De plus, comme les études semblent démontrer des conséquences importantes au plan de la qualité de vie (Parker et al., 2003), des symptômes physiques (Chen & Chang, 2004), du taux de survie (DiMatteo & Haskard-Zolnierek, 2011) et des idéations suicidaires (Breitbart et al., 2011) chez les personnes déprimées en oncologie, les données de la présente étude viennent appuyer l'importance du dépistage et du traitement avec efficacité de cette problématique afin de viser le meilleur rétablissement possible pour ces personnes.

Aussi, comme les sentiments dépressifs sont souvent sous-évalués dans ce contexte et souvent confondus avec les symptômes normaux liés à l'expérience du cancer, cette

étude permet de mettre en lumière les difficultés dépressives qui peuvent survenir lors de la période post-traitement du cancer et de fournir un appui clinique à l'efficacité de la TAC dans ce contexte particulier. En effet, les patients ayant terminé leurs traitements actifs pour le cancer peuvent ne pas avoir l'énergie ni même l'intérêt pour investir un processus thérapeutique à long terme, mais présenter néanmoins des besoins de soutien thérapeutique pendant cette importante période d'adaptation. C'est donc en raison de sa vision idiographique, de son approche structurée, de sa conceptualisation contextuelle et démedicalisée, de sa simplicité et de son caractère court terme, que la TAC s'avère être une option thérapeutique de choix dans ce contexte. Ainsi, un nombre restreint de stratégies thérapeutiques et l'attention soutenue sur des objectifs limités peut s'avérer utile pour des thérapies brèves auprès de patients présentant des symptômes dépressifs sévères et vivant des situations de vie complexes (Coffman et al., 2007), comme dans le cas de la phase transitoire de l'après cancer. La TAC peut également s'avérer une alternative thérapeutique efficace dans les situations où les TCC traditionnelles n'arrivent pas aux résultats attendus (Coffman et al., 2007).

Par ailleurs, cette étude permet également d'apporter des nuances et des pistes de réflexion quant au défi du maintien des acquis dans le temps. Les études portant sur la TCC mais aussi sur la TAC, entre autres Savard et al. (2006), Hopko et ses collègues (2005, 2008), affirment noter un maintien des acquis au suivi post-traitement tandis que les résultats de la présente étude sont quelque peu différents. Cette étude permet donc d'apporter des données nouvelles qui pourront être prises en considération lors des

études ultérieures. Ce constat nécessite également d'émettre une certaine réserve quant au défi du maintien de l'amélioration de l'humeur et du maintien des apprentissages dans le temps pour la TAC.

En plus de fournir de nouvelles données quant à l'efficacité de la TAC, notre équipe a traduit en français et publié un manuel de traitement pour la dépression (bibliothérapie) permettant de rendre la TAC davantage accessible pour la population québécoise (Addis & Martell, 2009).

Recherches futures

En plus des résultats encourageants de cette étude exploratoire, les données de la littérature concernant les besoins importants des patients atteints de cancer dans la période d'après traitement nous encouragent à poursuivre les recherches afin d'y répondre plus adéquatement en leur offrant des interventions psychothérapeutiques efficaces et adaptées.

Au plan méthodologique, les futures recherches dans ce domaine pourraient viser un échantillonnage plus large, de provenance plus diversifiée et représentant un plus grand nombre de types de cancer (seulement les cancers de la prostate et du sein ont été représentés dans cette étude). Aussi, les travaux futurs pourraient recueillir des données pouvant faire l'objet d'analyses statistiques et inclure un groupe contrôle afin de donner plus d'appuis aux résultats obtenus. Manos, Kanter et Busch (2010) mentionnent

d'ailleurs que les recherches futures afin de mesurer l'efficacité de l'activation comportementale pour la dépression devraient se baser sur des analyses statistiques modernes et performantes, recueillir des données sur une base longitudinale en utilisant des grilles telles que l'EROS (*Environmental Reward Observation Scale*), le BADS (*Behavioral Activation for Depression scale*) ou le RPI (*Reward Probability Index*) et inclure des méthodes et technologies récentes, voire émergentes, de mesure (p. ex., accélérométrie pour quantifier les niveaux d'activité physique, l'évaluation écologique instantanée (EEI, *Ecological Momentary Assessment* [EMA]) pour des mesures plus sensibles et détaillées de l'humeur et du comportement).

Également, comme dans tout contexte d'étude, le défi du recrutement a été important. Les méthodes de recrutement utilisées étaient principalement des affiches posées dans la communauté et de la documentation remise par le personnel soignant du CHRTR. À cela s'ajoute le fait que les participants visés étaient en phase post-traitement, à une période où ils étaient moins en contact avec les équipes traitantes susceptibles de les informer de la tenue de l'étude. Pour les études subséquentes, il serait donc utile de diversifier les méthodes de recrutement, particulièrement par l'utilisation des médias sociaux afin de rejoindre un maximum de personnes susceptibles d'être intéressées par ce type d'intervention.

Aussi, tel que Lejuez et ses collaborateurs (2011) l'ont fait dans leur version révisée de la BATD (BATD-R), l'évaluation de la pertinence de certaines modifications au

traitement de la TAC pour pallier certaines limites rencontrées lors de cette étude, notamment le maintien des acquis suite à la fin du traitement, serait souhaitable. Tel que discuté dans la section précédente, l'augmentation de la durée de traitement et l'ajout de rencontres de suivi supplémentaires (*booster sessions*) pourraient être envisagées. Les modifications apportées par Lejuez et al. (2011) sont également en lien avec 1) une plus grande emphase sur le rationnel sous-jacent au traitement afin d'en améliorer la compréhension pour le patient et de renforcer la relation thérapeutique; 2) la clarification des interventions visant à reconnaître les domaines de vie, les valeurs et les activités qui en découlent; 3) la simplification des auto-enregistrements; 4) davantage d'aide à la résolution de problèmes; 5) la révision des concepts centraux du traitement en cours de thérapie et/ou dans les rencontres de suivis; et 6) l'accessibilité à une version des auto-enregistrements adaptée aux besoins des personnes de faible niveau d'alphabétisation. Ainsi, les futures recherches pourraient vérifier si la bonification du protocole actuel pour la TAC pourrait être souhaitable en regard des limites observées lors de cette étude quant au maintien des acquis.

Également, compte tenu des résultats positifs quant à la prévention de la rechute dépressive pour les approches de la 3^e vague en TCC, notamment pour la thérapie basée sur la pleine conscience (Segal et al., 2002, 2006), il serait approprié de valider la complémentarité de la TCC et de la MCBT ainsi que son efficacité à pallier la limite du maintien des acquis observée lors de la présente étude. En fait, tout comme la TAC, cette approche est structurée, opérationnelle, limitée dans le temps, elle met l'accent sur

les facteurs actuels de maintien des difficultés dépressives et implique la mise en pratique des nouvelles stratégies. Elle ajoute la dimension d'acceptation, de non-jugement et la pratique de la méditation. Les futures recherches pourraient inclure ces concepts afin de vérifier si le fait de donner une « saveur contemporaine » à la TAC avec l'ajout de concepts de la 3^e vague aurait un bénéfice supplémentaire que l'application stricte du protocole actuel de la TAC n'aurait pas.

En conclusion, les besoins de soutien thérapeutique des survivants au cancer sont grands, particulièrement pour identifier, évaluer et adresser les stratégies d'adaptation déployées dans un contexte de transition susceptible de contribuer au développement de sentiments dépressifs. En regard des résultats obtenus dans la présente étude et des données de la littérature scientifique, la TAC présente des avantages cliniques qui pourraient en faire une thérapie de choix pour les personnes déprimées qui doivent faire face à la période de l'après-cancer. Souhaitons que la pratique clinique et les futures recherches poursuivent les efforts visant à offrir un traitement psychologique satisfaisant et adapté aux besoins particuliers des survivants au cancer.

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: New Harbinger Publications, Inc.
- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2009). *Vaincre la dépression une étape à la fois* (J.-M. Boisvert & M.-C. Blais, traducteurs). Montréal: Les Éditions de l'Homme (**Ouvrage original publié en 2004**).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.), Washington, DC: Authors.
- Barton, M. A. (2001). *Family environment, time since diagnosis, and gender as predictors of psychosocial adaptation in oncology patients* (Thèse de doctorat inédite). Ball State University of Indiana, US.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Boehmer, U., & Clark, J. (2001). Communication about prostate cancer between men and their wives. *Journal of Family Practice*, 50, 226-231.
- Breitbart, W., Pessin, H., & Kolva, E. (2011). Suicide and hastened death in people with cancer. Dans D. W. Kissane, M. Maj, & N. Sartorius (Éds), *Depression and Cancer* (pp. 37-50). Singapore: Wiley-Blackwell.
- Bulotiene, G., Veseliunas, J., Ostapenko, V., & Furmonavicius, T. (2008). Women with breast cancer: Relationships between social factors involving anxiety and depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 57-62.
- 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*. Document consulté en juillet 2006 de <http://www.bmj.com>
- Caplette-Gingras, A., & Savard, J. (2008). Depression in women with metastatic breast cancer: A review of the literature. *Palliative and Supportive Care*, 6(4), 377-387.

- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 154-162.
- Cavro, E., Bungener, C., & Bioy, A. (2005). Le syndrome de Lazare : une problématique de la rémission. Réflexions autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte. *Revue francophone de psycho oncologie, 2*, 74-79.
- Chen, M. L., & Chang, H. K. (2004). Physical symptom profiles of depressed and nondepressed patients with cancer. *Palliative Medicine, 18*, 712-718.
- Chochinoz, H. M., Wilson, K. G., Enns, K. G., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M., & Clinch, J. J. (1995). Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1185-1191.
- Christensen, S., Zachariae, R., Jansen, A. B., Vaeth, M., Moller, S., Ravnsbaek, J., & von der Maase, H. (2009). Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 113*, 339-355.
- Clarke, D. (2011). Psychological adaptation, demoralization and depression in people with cancer. Dans D. W. Kissane, M. Maj, & N. Sartorius (Éds), *Depression and Cancer* (pp. 37-50). Singapore: Wiley-Blackwell.
- Clarke, D. M., Kissane, D. W., Trauer, T., & Smith, G. C. (2005). Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry, 4*, 96-105.
- Coffman, S. J., Martell, C. R., Dimidjian, S., Gallop, R., & Hollon, S. D. (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 531-541.
- Comité consultatif de la Société canadienne du cancer. (2013). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2013*. Repéré à <http://www.cancer.ca/statistiques>
- Compas, B. E., & Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *American Psychological Society, 11*(3), 111-114.
- Cottraux, J. (2004). *Les psychothérapies comportementales et cognitives*. France : Elsevier. Masson.
- Cuipers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 318-326.

- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., & Fetting, J. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, *249*, 751-757.
- DiMatteo, M. R., & Haskard-Zolnierok, K. B. (2011). Impact of depression on treatment adherence and survival from cancer. Dans D. W. Kissane, M. Maj, & N. Sartorius (Éds), *Depression and Cancer* (pp. 37-50). Singapore: Wiley-Blackwell.
- 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*, 2101-2107.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 638-670.
- Dionne, F., Blais, M. C., Boisvert, J. M., Beaudry, M., & Cousineau, P. (2010). Optimiser les interventions comportementales et cognitives avec les innovations de la troisième vague. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, *15*(1), 1-15.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 468-477.
- Drapeau, M. (2012). L'importance du suivi en continu en psychothérapie. *Cahier recherche et pratique*, *2*(2), 5-6.
- Edwards, B., & Clarke, V. (2004). The psychological impact of a cancer diagnosis on families: The influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho Oncology*, *13*, 562-576.
- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: A review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, *30*(2), 112-126.
- Ferster, C. B. (1973) A functional analysis of depression. *American Psychologist*, *28*(10), 857-870.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV AXIS I Disorders - Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: New-York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

- Fochtmann, L., & Galenberg, A. J. (2005). *Guideline Watch for the Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder* (2^e éd.). American Psychiatric Association (APA). Repéré à http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/MDD.watch.pdf
- Fournier, L., Roberge, P., & Brouillet, H. (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal : Centre de recherche du CHUM.
- Fredette, S. L. (1995). Breast cancer survivors: Concerns and coping. *Cancer Nursing*, 18(1), 35-46.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Hirsch, E. (2005). Quelle vie pour le couple après le cancer? Le couple et la sexualité. *Revue francophone de psycho oncologie*, 3, 201-206.
- Holland, J. C. (1989). *Clinical course of cancer*. New York: Oxford University Press.
- Holmberg, S., Scott, L., Alexy, W., & Fife, B. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24, 53-60.
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., Bell, J. L., & 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., Armento, M. E. A., Robertson, S. M. C., 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, 834-849.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., & Lejuez, C. W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39, 126-136.
- 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, 747-767.

- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3(1), 37-48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression. A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27(4), 458-469.
- Howard, R. A., & Harvey, P. G. (1998). A longitudinal study of psychological distress in women with breast symptoms. *Journal of Health Psychology*, 3(2), 215-226.
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, P., Priestman, T., & Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: The effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*, 30A(1), 37-40.
- Institut Curie. (2011). *Note de presse : Après-cancer*. Repéré à <http://curie.fr/fr/communiqu>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées*. Repéré à <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (2012). *Cancer et travail : travailler avec ou après un cancer*. Repéré en mars 2014 de <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-et-travail-travailler-avec-ou-apres-un-cancer>
- Jacobson, N. S., Dobson, K., 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.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delta.
- Katon, W. J., Unutzer, J., & Simon, G. (2004). Treatment of depression in primary care: Where we are, where we go. *Medical Care*, 42, 1153-1157.

- 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). Singapore: Wiley-Blackwell.
- Larouche, M. (2009). La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. *Psychologie Québec*, 26(6), 33-35.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111-161.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2002). *The brief behavioral activation treatment for depression (BATD): A comprehensive patient guide*. Boston: Pearson Custom Publishing.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Levine, S., Gholkar, R., & Collins, L. (2006). The therapeutic alliance in behaviour therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 456-468.
- Levesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J. G., & Ivers, H. (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: A single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 287-305.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. Dans R. J. Friedman & M. M. Katz (Éds), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). New York: John Wiley & Sons.
- Lloyd-Williams, M., & Friedman, T. (2001). Depression in palliative care patients – A prospective study. *European Journal of Cancer Care*, 10, 270-274.
- MacCormack, T., Simonian, J., Lim, J., Remond, L., Roets, D., Dunn, S., & Butow, P. (2001). "Someone who cares": A qualitative investigation of cancer patients' experiences of psychotherapy. *Psycho Oncology*, 10(1), 52-65.
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho Oncology*, 15, 234-247.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model for depression. *Clinical Psychology Review*, 30, 547-561.

- Manzanera, C., Lafay, N., Papet, N., & Senon, J. L. (2003). Depression, anxiety, and cancer / Cancer, dépression et anxiété. *Annales Médico Psychologiques*, *161*(2), 140-146.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Massie, M. J., Lloyd-Williams, M., Irving, G., & Miller, K. (2011). The Prevalence of depression in people with cancer. Dans D. W. Kissane, M. Maj, & N. Sartorius (Éds), *Depression and Cancer* (pp. 37-50). Singapore: Wiley-Blackwell.
- Mishara, B. L. (1999). Synthesis of research and evidence on factors affecting the desire of terminally ill or seriously chronically ill persons to hasten death. *Omega*, *39*, 1-70.
- 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. *Lancet Oncology*, *14*, 721-732.
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., & Haji-Mahmoodi, M. (2000). Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, *9*, 151-157.
- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. A. (2001). Hospital anxiety and depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 540-544.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). *Depression in adults. The treatment and management of depression in adults. Nice clinical guidelines 90*. Repéré à <http://www.guidance.nice.org.uk/cg90>
- Naus, M. J., Ishler, M. D., Parrott, C. E., & Kovacs, S. A. (2009). Cancer survivor adaptation model: Conceptualizing cancer as a chronic illness. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(12), 1350-1359.
- Nicholas, D. R., & Veach, T. (2000). The psychosocial assessment of the adult cancer patient. *Professional Psychology. Research and Practice*, *31*, 206-215.
- Parker, P. A., Baile, W. F., DeMoor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, *12*, 183-193.

- Pasacreta, J. V. (1997). Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nursing Research*, 46(4), 214-221.
- Passik, S. D., Dugan, W., McDonald, M. V., Rosenfeld, B., Thebald, D. E., & Edgerton, S. (1998). Oncologist' recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 1594-1600.
- Rabin, C. S. (2002). *Post-treatment distress among breast cancer patients* (Thèse de doctorat inédite). The State University of New-Jersey, US.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (2002). *Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille*. Masson : Paris.
- Reuter, K., Classen, C. C., Roscoe, J. A., Morrow, G. R., Kirshner, J. J., Rosenbluth, R., ... Spiegel, D. (2006). Association of coping style, pain, age and depression with fatigue in women with primary breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 772-779.
- Rodgers, J., Martin, C. R., Morse, R. C., Kendell, K., & Verrill, M. (2005). An investigation into psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with breast cancer. *Health and Quality of life Outcomes*, 3(41), 1-12.
- Saegrov, S., & Haloing, A. G. (2004). What is it like living with the diagnosis of cancer? *European Journal of Cancer Care*, 13(2), 145-153.
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment*, 71, 349-367
- Savard, J., Simard, S., Giguère, I., Ivers, H., Morin, C. M., Maunsell, E., ... Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: Psychological and immunological effects. *Palliative & Supportive Care*, 4(3), 219-237.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Bruxelles : Éditions de Boeck.

- Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Wells, K. B., & Croghan, T. W. (2004). Characteristics, treatment patterns, and outcomes of persistent depression despite treatment in primary care. *General Hospital Psychiatry, 26*, 106-114.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: A qualitative approach. *Revista Latino-Americana of Enfermagem, 18*(4), 688-695.
- Société canadienne du cancer. (2012). *Faire face au cancer : Un guide à l'intention des personnes atteintes de cancer et de leurs aidants*. Repéré à <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Living%20with%20cancer/Living-with-cancer-2012-FR.pdf>
- Société canadienne du cancer. (2013). *La vie après un traitement contre le cancer*. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-journey/life-after-cancer/?region=on>
- Société canadienne du cancer. (2014). *Travail et finances*. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-journey/life-after-cancer/work-and-finances/?region=qc>
- Société de recherche sur le cancer. (2010). *Terminologie du cancer : définition et classification*. Repéré à <http://www.src-crs.ca>
- Strunk, D., & Hayes, A. (2010). APA div 12. *Depression*. Repéré à <http://www.psychologicaltreatments.org/>
- The British Psychological Society's Centre for Outcomes Research and Effectiveness [CORE] (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling – evidence based clinical practice guideline*. Repéré à http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/core_homepage.htm
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*, 355-361.
- van der Lee, M. L., van der Bom, J. G., Swarte, N. B., Peter, A. M., de Graeff, A., & van den Bout, J. (2005). Euthanasia and depression: A prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *Journal of Clinical Oncology, 23*, 1-6.
- Weinberger, M. I., Roth, A. J., & Nelson, C. J. (2009). Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *Oncologist, 14*, 60-66.
- Wong Kim, E. C., & Bloom, J. R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho Oncology, 14*(7), 564-573.

Zigmon, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 349-367.

Rapport-Gratuit.com

Appendice A

Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression

ÉHAD

Ce questionnaire est conçu pour nous aider à savoir comment vous vous sentez. Lire chaque énoncé et **mettre un crochet dans la case** à côté de la réponse qui s'approche le plus de comment vous vous êtes senti(e) **dans la dernière semaine**.

Ne prenez pas trop de temps à répondre; votre réaction immédiate à chaque énoncé fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement réfléchie.

1. Je me sens tendu(e) :
 - La plupart du temps
 - Très souvent
 - De temps en temps
 - Jamais

2. Je prends encore plaisir aux choses que j'aimais avant :
 - Tout à fait autant
 - Pas tout à fait autant
 - Un peu seulement
 - Presque pas du tout

3. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver :
 - Oui, très nettement et c'est plutôt grave
 - Oui, mais ce n'est pas trop grave
 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
 - Pas du tout

4. Je peux rire et voir le côté amusant des choses :
 - Autant que par le passé
 - Pas tout à fait autant maintenant
 - Vraiment moins qu'avant
 - Plus du tout

5. Des inquiétudes me passent par la tête :
 - Très souvent
 - Assez souvent
 - De temps en temps, mais pas trop souvent
 - Seulement à l'occasion

6. Je me sens de bonne humeur :
- Jamais
 - Pas souvent
 - Parfois
 - La plupart du temps
7. Je peux m'asseoir tranquille et me sentir détendu(e) :
- Oui, tout à fait
 - Habituellement
 - Pas souvent
 - Jamais
8. J'ai l'impression d'être au ralenti :
- Presque toujours
 - Très souvent
 - Parfois
 - Pas du tout
9. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si j'avais des « papillons » dans l'estomac :
- Jamais
 - Parfois
 - Assez souvent
 - Très souvent
10. Je me m'intéresse plus à mon apparence :
- Je ne m'y intéresse plus du tout
 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
 - Il se peut que je n'y fasse pas autant attention
 - J'y prête autant d'attention que par le passé
11. J'ai la bougeotte comme si je ne pouvais pas tenir en place :
- Oui, beaucoup
 - Assez
 - Pas beaucoup
 - Jamais
12. J'envisage les choses à venir avec plaisir :
- Autant qu'avant
 - Plutôt moins qu'avant
 - Bien moins qu'avant
 - Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :
- Vraiment très souvent
 - Assez souvent
 - Pas très souvent
 - Jamais
14. Je peux prendre plaisir ou à une émission de radio ou de télévision :
- Souvent
 - Parfois
 - Peu souvent
 - Très rarement

Appendice B
Grille d'auto-enregistrement de l'humeur

Grille d'auto-enregistrement de l'humeur

	Date d'aujourd'hui	Lundi 15/07	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
1.	Aujourd'hui, j'ai pris ____ mg de médicament et/ou ____ oz d'alcool pour dormir ou pour des difficultés psychologiques (spécifiez quoi et la quantité)	Halcion 0,125 mg							
2.	Aujourd'hui, je me suis senti DÉPRIMÉ(E) (down, triste ou découragé) pendant ____ % de la journée (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso).	85 %							
3.	Aujourd'hui, je me suis senti ANXIEUX(SE) (stress, nervosité ou inquiétudes) pendant ____ % de la journée (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso).	20 %							
4.	Aujourd'hui, quelle était l'INTENSITÉ la plus élevée de mon HUMEUR DÉPRESSIVE (tristesse ou découragement)? (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso).	45 %							
5.	Aujourd'hui, quelle était l'INTENSITÉ la plus élevée de mon ANXIÉTÉ (stress, nervosité ou inquiétudes)? (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso).	70 %							
6.	Aujourd'hui, j'avais le goût de faire mes activités. (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso).	10 %							
7.	Aujourd'hui, je me suis senti calme et détendu. (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso)	80 %							
8.	Aujourd'hui, je me suis senti de bonne humeur. (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso)	35 %							
9.	Aujourd'hui, je me suis senti fatigué. (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso)	65 %							

Appendice C

Thèmes principaux du manuel utilisé en soutien aux rencontres thérapeutiques

Table des matières tirée du livre « Vaincre la dépression une étape à la fois ».

Partie 1 : Comprendre la dépression.

Chapitre 1 : Comment la dépression agit-elle?

Chapitre 2 : Reconnaître ses habitudes et faire place au changement.

Partie 2 : Mettre fin à la dépression.

Chapitre 3 : Éviter les pièges et se remettre sur la bonne voie.

Chapitre 4 : Passer à l'ACTION : les premiers pas vers le changement.

Chapitre 5 : Cesser de s'inquiéter de son enfant intérieur et développer son adulte extérieur.

Partie 3 : L'activation : une nouvelle façon de vivre au quotidien.

Chapitre 6 : Apporter des changements une étape à la fois.

Chapitre 7 : Se libérer de sa dépendance à l'humeur.

Chapitre 8 : Mener la vie souhaitée.

Chapitre 9 : Faire le point.