

La rencontre systématique en cancérologie

La rencontre systématique en cancérologie

**Un outil clinique pour permettre à la demande
d'émerger ?**

David Ogez

Promoteur(s)

Emmanuelle Zech (UCL)
Philippe de Timary (UCL)

Thèse présentée en vue de
l'obtention du grade de Docteur
en sciences psychologiques et
de l'éducation

Président

Olivier Corneille (UCL)

Comité d'accompagnement et jury

Cécile Flahault (Université Paris Descartes)

Moïra Mikolajczak (UCL)

Stephan Van den Broucke (UCL)

Véronique Christophe (Université Lille 3)

Table des matières

Table des matières	5
Résumé	9
Abstract	10
Remerciements	11
Introduction générale	15
1. <i>Besoins, détresse et coping en cancérologie</i>	18
1.1 Introduction	18
1.2 Les besoins	19
1.2.1 Définition du besoin	19
1.2.2 Les besoins du patient atteint d'un cancer	20
1.3 La détresse émotionnelle et les troubles psychopathologiques	21
1.3.1 La détresse émotionnelle	21
1.3.2 Les troubles psychopathologiques	24
1.4 Les stratégies de coping	31
1.4.1 Définition du coping	32
1.4.2 Les stratégies de coping en cancérologie	34
1.5 Conclusion	36
2. <i>Quel accompagnement psychologique pour aider le patient atteint d'un cancer ?</i>	36
2.1 Introduction	36
2.2 Contexte hospitalier dans lequel évolue le psycho-oncologue	37
2.2.1 L'hyperspecialisation	37
2.2.2 Le cadre hospitalier	39
2.2.3 Les contraintes de la société actuelle	40
2.3 L'activité clinique du psycho-oncologue	40
2.3.1 L'évaluation	41
2.3.2 L'accompagnement ou le soutien psychologique	41
2.3.3 La psychothérapie	42
2.3.4 La prise en charge des troubles psychopathologiques	42
2.3.5 Les types d'intervention	43
2.3.6 Le travail de liaison	45
2.4 Conclusion	47
3. <i>La rencontre systématique afin de permettre à la demande d'émerger et de favoriser l'accès aux soins psychologiques</i>	47
3.1 Introduction	47
3.2 L'offre et la demande	48
3.2.1 Définition de la demande	49
3.2.2 L'offre et demande en cancérologie	49
3.3 L'accès aux soins psychologiques	50
3.3.1 La prise de rendez-vous	51
3.3.2 Le manque de clarté de l'offre	51
3.3.3 Les aspects financiers	52
3.3.4 La stigmatisation et la perception négative du psychologue	52
3.3.5 Conclusion	53

3.4 Le contexte de soins aux Cliniques universitaires Saint-Luc	53
3.4.1 Profil des patients du centre du cancer	54
3.4.2 L'itinéraire clinique	54
3.5 La rencontre systématique	56
3.5.1 Définition de rencontre systématique	56
3.5.2 La rencontre systématique en cancérologie	57
3.6 Modélisation de la thèse	59
Attentes des patients avec un diagnostic de cancer du sein suite à la rencontre systématique avec le psychologue	65
<i>Method</i>	66
Procedure	66
Respondents	66
Survey questionnaire	68
Statistical analyses	69
<i>Results</i>	69
Satisfaction with systematic consultation	69
Profile of patients who elected for a psychological follow-up after the systematic consultation and frequency of further consultations	69
Expectations of the systematic consultation	71
<i>Discussion</i>	72
<i>Limitations</i>	74
<i>Recommendations</i>	74
Intérêt de la rencontre systématique avec un psycho-oncologue	77
<i>Method</i>	79
Procedure and responders	79
Measures	79
Socio-demographic and disease questionnaire	79
Anxiety and depression scale	79
Scale of needs for Cancer Patients	80
Coping Strategies scale	80
Statistical analyses	81
<i>Results</i>	82
Characteristics of the patient sample	82
Relationship between systematic meeting with a psychologist and evolution of needs, distress, and coping	84
Needs	84
Distress	87
Coping	87
Relationships between coping strategies and distress	87
<i>Discussion</i>	87
Impact de la rencontre systématique avec un psycho-oncologue sur un accompagnement psychologique	93
<i>Méthode</i>	95

Participants	95
Procédure	97
Questionnaires	97
Données socio-démographiques et médicales	98
Données psycho-sociales	98
Le Thermomètre de détresse	98
Hospital Anxiety and Depression Scale	98
Echelle de perception du Psychologue clinicien	99
Analyses statistiques	100
<i>Résultats</i>	100
Données psychologiques de l'échantillon	100
Relation entre la rencontre systématique et la perception du psychologue clinicien au moment du diagnostic (T1)	102
Relation entre rencontre systématique et détresse psychologique, anxiété et dépression	103
La détresse	103
L'anxiété	104
La dépression	106
Dimensions prédictives de l'émergence d'une demande de suivi dans le décours des traitements oncologiques	106
<i>Discussion</i>	108
Discussion Générale	113
1. <i>Discussion des résultats des études</i>	115
1.1 L'impact de la rencontre systématique sur la perception du psychologue clinicien	116
1.2 L'impact de la rencontre systématique chez les patients sur la perception des besoins, de la détresse psychologique et des stratégies de coping	117
1.2.1 Les besoins	117
1.2.2 La détresse, l'anxiété et la dépression	119
1.3 L'impact de la rencontre systématique sur l'émergence d'une demande d'accompagnement psychologique	122
1.4 L'effet d'un accompagnement psychologique suite à une rencontre systématique avec le psychologue sur les besoins, la détresse et les stratégies de coping	124
2. <i>Limites des études réalisées</i>	125
3. <i>Retour à la clinique</i>	126
3.1 Le transdisciplinaire	128
3.2 Le lien et l'impact de la première rencontre	129
3.3 L'accompagnement de la souffrance	130
3.4 Les ressources intrapsychiques	131
4. <i>Perspectives</i>	132
5. <i>Conclusion</i>	133
Références	135
Annexes	153

Résumé

Suite à l'augmentation du nombre de patients atteints d'un cancer, des Plans Politiques Nationaux ont vu le jour et ont contribué à l'humanisation des soins en cancérologie par l'engagement et la formation de psycho-oncologues. Au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles, une unité de psycho-oncologie a ainsi pu être créée, permettant d'améliorer le soutien des patients récemment diagnostiqués d'un cancer. Dans le but d'optimiser les soins psychologiques, une rencontre systématique avec le psychologue a été modélisée au sein de notre institution. Elle s'articule autour de trois objectifs : (1) présenter le projet d'accompagnement psychologique intégré à la prise en charge transdisciplinaire, (2) évaluer les besoins, le niveau de détresse et les ressources du patient et (3) permettre à une demande d'accompagnement psychologique d'émerger.

Cette thèse a pour principal objectif d'évaluer l'intérêt de la rencontre systématique avec un psycho-oncologue. A travers des recherches menées auprès de patients atteints d'un cancer, nous avons par conséquent évalué l'impact de cette intervention sur les besoins, le niveau de détresse émotionnelle en ce incluses les manifestations anxio-dépressives et sur les stratégies de coping des patients mais aussi sur la perception qu'ils avaient du psychologue clinicien. En effet, la peur de la stigmatisation liée à une consultation chez le « psy » est un obstacle possible à l'accès aux soins psychologiques que la rencontre systématique veut aider à franchir, favorisant ainsi une demande de soins émise par le patient.

Les résultats de nos investigations ont montré que les patients étaient favorables à une rencontre systématique, se montrant satisfaits de la rencontre et de l'intérêt d'échanger sur les informations médicales. De plus, les femmes ont en général une bonne perception du psychologue clinicien et demandent un accompagnement si elles le jugent nécessaire. Lorsqu'elles rencontrent le psychologue systématiquement, elles rapportent un niveau de dépression plus important et développent plus de stratégies de coping distractif et instrumental. A l'inverse, les hommes, bien qu'ils aient une perception positive du psychologue clinicien, n'entreprennent un suivi que lorsqu'ils ont rencontré le psychologue systématiquement. Dans ce contexte, la rencontre systématique permet également aux hommes de rapporter un niveau de détresse plus élevé. Par conséquent, si la rencontre avec le psychologue favorise les soins psychologiques, nous pourrions espérer qu'elle participera à l'humanisation des soins médicaux.

Abstract

Following the increase number of patients with cancer, National Political Projects were created and contributed to the humanization of care in oncology by the commitment and training of psycho-oncologists. In the Cliniques universitaires Saint-Luc of Brussels, a psycho-oncology unit has been created, allowing better support of patients recently diagnosed with cancer. To optimize the psychological care, a systematic meeting with the psychologist was created within our institution. It is structured by three objectives: (1) present the psychological care, which is integrated in transdisciplinary support, (2) assess the needs, the level of distress and patients resources, and (3) allow the emergence of a demand for psychological support from patients.

The main objective of this thesis is to evaluate the interest of a systematic meeting with a psycho-oncologist for recently diagnosed cancer patients. Through research conducted in cancer patients, we have assessed the impact of this intervention on the needs, the level of emotional distress (including anxiety and depressive symptoms) and coping strategies for patients. We also assessed the perception by patients of the clinical psychologist because the literature showed that fear of stigma is related with a possible barrier to psychological consultation. We thought that systematic meeting with the psychologist could promote demand of consultations from patients.

The results of our studies have shown that patients were in favour of a systematic consultation with the psychologist, were satisfied with the meeting and were interested in sharing medical information. Moreover, women generally had a good perception of the clinical psychologist and required support as they deemed it necessary. When they met the psychologist systematically, they report a higher level of depression and developed more distractive and instrumental coping. Moreover, results showed that men had also a positive perception of the psychologist. Conversely, they requested psychological support only when they saw the psychologist. Systematic meeting also allowed men with cancer to report a higher level of distress. For these reasons, as the first interview with the psychologist seems to promotes psychological care we suggest that it could participate in the humanization of medical cares.

Remerciements

Je me souviens du parcours atypique du regretté Professeur Etienne Dessoy. A l'origine instituteur, il a été rapidement confronté à des enfants en difficultés, le conduisant alors à l'université, particulièrement à la faculté de psychologie. Ainsi, dans un premier temps, pour mieux guider ceux-ci, il va étudier la psychologie et s'intéresser à la systémique. Sur sa lancée, il va, dans un second temps, approfondir son enseignement en entamant une thèse de Doctorat et finir par enseigner à l'université. J'ai le sentiment, plusieurs dizaines d'années après lui, d'avoir parcouru un chemin similaire. En effet, après plus de douze années d'expérience en clinique hospitalière, je me suis rendu à l'Université catholique de Louvain afin de chercher des réponses quant à l'évaluation de ma clinique, et ce pour la rendre plus efficace. C'est lors de cette visite que j'ai eu la chance de rencontrer Emmanuelle Zech. Si j'ai été très bien reçu, il me semble avec un peu de recul aujourd'hui, qu'Emmanuelle m'a transmis le virus de la recherche. A cette époque, le fait d'entreprendre une formation de chercheur après plusieurs années de pratique clinique me semblait cependant inconcevable et pourtant, vu la présente thèse, j'y suis arrivé. Merci Manu pour ta gentillesse, ta disponibilité, tes conseils et pour m'avoir contaminé en me transmettant ta passion de la recherche.

Suite à cette première rencontre, les rendez-vous avec Emmanuelle Zech se sont enchaînés, au point où je n'ai plus quitté son bureau, m'inscrivant dans un projet de thèse en sa compagnie. Si son expertise de recherche était indispensable dans l'élaboration de ce projet de thèse, la co-promotion de Philippe de Timary, avant tout collègue et ami, était elle aussi importante. Sa passion pour la recherche et son agilité dans l'écriture ont été relativement précieuses. Merci Philippe pour m'avoir soutenu, motivé et surtout, pour les nombreuses heures passées dans ton bureau à discuter et réécrire mes protocoles et mes textes.

Dans le cadre de ma thèse, j'ai aussi eu la chance de rencontrer deux autres professeurs de psychologie : Moïra Mikolajczak et Cécile Flahault qui m'ont accompagné dans l'élaboration de mon travail de recherche. Merci pour votre disponibilité et votre si précieux soutien.

Je remercie également mes collègues doctorants, Céline, Marie, Anne-Sophie, Marine, François, Emilie, Laetitia qui m'ont accompagné dans mon apprentissage de chercheur. Si je les remercie de leur compagnie et de leur aide précieuse dans l'élaboration de mes protocoles et de mes articles, je tiens surtout à remercier Céline avec qui j'ai partagé des recherches et des heures de statistiques. Il faut dire que l'analyse des statistiques était bien enfouie dans ma mémoire et que Céline m'a aidé à m'en souvenir, elle m'a même redonné le plaisir de travailler les chiffres.

Ce sont d'ailleurs ces chiffres qui m'ont également conduit à de nombreux échanges avec Aline et Valérie, les statisticiennes de l'institut Albert II. Je les remercie également ; surtout pour leur patience et leur disponibilité. En effet, je n'ai pas compté le nombre de fois où j'ai pu faire intrusion dans leur bureau et les assaillir de mes nombreuses questions. Par ailleurs, toujours au sein de l'institut Albert II, je remercie également les membres du directoire et plus particulièrement les professeurs Hamoir et Machiels qui m'ont permis de faire de la recherche et d'aboutir à cette thèse, mes collègues psychologues, qui m'ont supporté durant ces années. Je remercie aussi le Plan National Cancer [PNC] qui a financé ce travail de recherche le Professeur Razavi et son équipe qui ont soutenu et entouré les projets du PNC.

S'il y a bien d'autres personnes qui ont dû me supporter durant ces années, ce sont bien mes proches, mes amis, les membres de ma famille, mon épouse, Magda, et mes enfants, Julien et Benjamin. En effet, je les remercie de m'avoir soutenu et aimé malgré les nombreuses heures à être enfermé dans mon bureau à écrire et à analyser mes données et, malgré l'humeur labile qu'a généré cet isolement.

Merci enfin à tous les patients qui malgré l'épreuve difficile qu'ils traversaient, ont gentiment participé à mes recherches et ont aussi permis, je l'espère, à faire évoluer l'humanisation des soins en cancérologie.

Chapitre 1

Introduction générale

Introduction générale

Dans le but de pouvoir définir correctement le contexte de notre travail de thèse portant sur la rencontre systématique en psycho-oncologie, il est important de resituer le contexte historique dans lequel ces interventions ont vu le jour. Il y a près de 15 ans, les patients atteints d'un cancer étaient pris en charge dans une consultation de psychiatrie de liaison au sein des Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles. La psychiatrie de liaison est « la partie de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales » (Zumbrunnen, 1992, cité par Chocard et al., 2005, p. 691). La prise en charge psychologique consiste à accompagner la souffrance émotionnelle et les affections psychopathologiques en milieu hospitalier et ce, dans des unités médicales somatiques (Chocard et al., 2005). La mission de l'équipe de liaison consistait alors à accompagner les patients hospitalisés dans l'unité d'oncologie médicale, suite à la demande d'un médecin ou de l'équipe infirmière. Dans ce contexte de soins, le psychologue, au même titre que le psychiatre de liaison, intervenait donc au chevet du malade, le plus souvent à la demande d'un soignant qui avait au préalable identifié une détresse émotionnelle chez son patient. Le soignant, porteur de cette demande, avait alors une fonction d'évaluation de la détresse, et l'accompagnement de cette détresse par le psychologue était décidée par ce soignant. En d'autres mots, dans cette situation, le médecin demandeur était considéré comme le client du psychologue, qui offrait un service.

Si ce setting thérapeutique a permis durant de longues années de soutenir une humanisation des soins anticancéreux, il s'avérait malheureusement insuffisant. En effet, si une offre de soins psychologiques était possible grâce aux unités mobiles de psychiatrie de liaison, elle était toutefois limitée étant donné le nombre croissant de nouveaux patients atteints d'un cancer au sein de l'hôpital et le manque de moyens financiers et humains de l'unité de liaison qui engendrait une disponibilité insuffisante des psychologues.

Notre institution, qui souffrait de ce manque d'offre de soins psychologiques en cancérologie, n'était toutefois pas la seule. En effet, au cours des dernières années, le nombre de patients diagnostiqués d'un cancer est en nette progression, l'OMS estimant à 14,1 millions les nouveaux cas de cancer dans le monde en 2012 (Ferlay et al., 2013). Aussi, en Europe, plus de 3 millions de nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en 2008 (Ferlay et al., 2010). De Angelis et al. (2014), à travers une étude effectuée par Eurocare expliquent cette hausse significative de nouveaux cas de cancer comme étant la conséquence de l'évolution des recherches médicales relatives à la maladie cancéreuse, à son étiologie, à son diagnostic et à ses traitements. Ces avancées permettent par ailleurs de développer les techniques efficaces de prévention qui mènent à identifier des maladies qui dans le passé n'étaient pas détectées et qui conduisaient, malheureusement, à un décès souvent inexpliqué (De Angelis et al., 2014). En outre, l'oncologie permet aujourd'hui de

prolonger la vie du patient voire même de guérir le cancer, les traitements anticancéreux étant devenus plus efficaces (De Angelis et al., 2014).

Aussi, si le nombre de cas de cancer est en nette augmentation, le taux de réussite des traitements anticancéreux l'est également. En effet, selon une étude menée par Eurocare, le taux de guérison, qui signifie que le risque de décès du patient est le même que celui de la population du même sexe et du même âge, qui dépassait les 50% durant les années 1995-1999 était de 60% environ en 2007 ; ce taux pouvant être différent selon les pays et le type de cancer (Coleman et al., 2013). Dès lors, si nous nous basons sur la situation en France, cette étude nous enseigne entre autres un taux de rémission de 72.8% pour le cancer du sein, 57.9 % pour le cancer de la prostate et 49.4 % pour le cancer colo-rectal. En outre, cette étude souligne, toujours en France, un taux de guérison de 10.3 % pour un cancer relativement agressif comme le cancer du poumon (Coleman et al., 2013).

En Belgique, 60 000 nouveaux diagnostics de cancer ont été observés en 2010 (Registre National Belge du Cancer, 2011). Parmi ces nouveaux diagnostics, les cancers les plus fréquents chez l'homme sont les cancers de la prostate (27%), du poumon (16,6 %) et du colon (13,8%), tandis que, chez la femme, il s'agit des cancers du sein (35,3%) et du colon (13,4%) (Registre National Belge du Cancer, 2011). Ces données indiquent par ailleurs qu'environ une femme sur quatre et un homme sur trois seront atteints de cette maladie avant l'âge de 75 ans. Ce chiffre est d'ailleurs relativement proche de ce qui est observé en Europe (24,1 % pour les deux genres) (Ferlay et al., 2010).

Etant donné la fréquence importante des cancers dans la population générale, la ministre belge des affaires sociales et de la santé publique a mis en place en 2008 le premier plan de lutte contre le cancer en Belgique (Onkelinx, 2008). Ce projet, instauré suite à de nombreux débats avec les différents acteurs de terrain, qu'ils soient médecins, infirmiers ou psychologues, comprend six grands axes : (1) la prévention et l'information, (2) le dépistage et le diagnostic précoce, (3) les soins, (4) le soutien au patient et à ses proches, (5) la recherche et les technologies innovantes, (6) l'évaluation de la prise en charge du cancer (Onkelinx, 2008). L'axe 4 de ce projet, qui implique directement des psychologues, est orienté vers l'accompagnement et le soutien des patients atteints d'un cancer. Cet axe a pour objectifs (1) de détecter précocement les éventuelles difficultés psychosociales, (2) d'optimiser la prise en charge psychologique du patient et (3) de lui offrir une meilleure qualité de vie en tenant compte de la diversité de ses besoins et de sa détresse. Afin d'atteindre ces objectifs, des formations en psycho-oncologie et l'engagement de nombreux psychologues (250 équivalents temps plein en 2008) ont été instaurés à travers le pays (Onkelinx, 2008).

C'est dans ce contexte politique que l'équipe de notre institution a été élargie en 2009. En effet, le plan cancer a permis l'engagement de 6 psychologues équivalents temps plein au sein de notre institution, et de ce fait la création d'une équipe de psycho-oncologie, attachée directement à l'unité de cancérologie. Ce changement structurel nous a aussi conduits à « re-penser » notre setting de prise en charge. Les médecins oncologues, identifiés précédemment comme étant des clients devenaient ainsi des collaborateurs et les

psychologues, précédemment externes à ce service, étaient intégrés à une équipe transdisciplinaire. Dans ce contexte, le psychologue pouvait alors exercer ses activités différemment, notamment le travail de la demande et les activités d'évaluation de la détresse émotionnelle.

Cependant, très vite, il s'est avéré que ces deux fonctions étaient relativement complexes. En effet, comme le montre l'étude de Razavi (2005), ce n'est pas parce qu'une détresse est identifiée que le patient accepte un traitement psychologique. Selon ces auteurs, seulement 19% des patients acceptent de l'aide d'un psychologue lorsqu'une détresse émotionnelle avérée était identifiée (Razavi, 2005), ces patients préférant l'aide d'un médecin spécialiste dans 78 % des cas. Afin de mieux comprendre ce refus de soins psychologiques, nous pouvons nous référer aux études effectuées sur l'accès aux soins psychologiques (OCDE, 2013), certaines faisant référence à une mauvaise perception que les patients ont du psychologue clinicien (Alonso et al., 2009; Vogel, Shechtman, & Wade, 2010), rejoignant ainsi de nombreuses remarques faites par les patients aux médecins pour justifier leur refus de soins psychologiques, leur signalant qu'ils ne sont pas fragiles voire fous.

C'est pour dépasser cet obstacle dans la proposition d'une intervention psychologique en cancérologie que progressivement, au sein des cliniques transdisciplinaires, les psychologues ont rencontré systématiquement les patients. Cette démarche spécifique qui est toujours d'actualité a trois objectifs : (1) présenter le projet transdisciplinaire de l'équipe, (2) écouter le vécu du patient, ce qui permet une évaluation de ses besoins et de ses stratégies de coping et enfin, (3) permettre à une demande de suivi psychologique d'émerger sur base de la prise de conscience d'un vécu interne jusqu'alors inconnu et/ou du caractère bénéfique et soulageant de la rencontre avec un psychologue face à une détresse mieux caractérisée.

Si cette rencontre systématique a été instaurée, c'est pour répondre à une demande de l'équipe soignante mais surtout pour pouvoir aider au mieux les patients face à la détresse émotionnelle générée par la découverte de la maladie cancéreuse (Buckman, 2001). Cependant, ce setting a été mis en place sur base d'aspects cliniques et intuitifs. Afin d'en évaluer plus précisément l'intérêt, il nous semblait important d'entreprendre un travail de recherche empirique sur cette question. C'est dans ce contexte, que la présente thèse a été initiée : évaluer l'impact et l'intérêt de la première rencontre systématique avec un psychologue suite à l'annonce d'un diagnostic de cancer.

Avant d'aborder l'évaluation des effets de la rencontre systématique en cancérologie, nous avons effectué une revue de la littérature sur laquelle nous nous sommes appuyé pour définir les protocoles de recherche de cette thèse. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressé à la littérature scientifique qui a examiné quels sont les besoins, la détresse, les troubles psychopathologiques et les stratégies de coping en cancérologie. Ensuite, dans un deuxième temps, nous avons évalué l'accompagnement psychoncologique qui a été instauré pour soutenir le patient atteint d'un cancer. Pour développer l'offre psychologique en cancérologie, nous nous sommes référé à des articles de réflexions

psychologiques et à des études scientifiques menées en cancérologie. Notre réflexion s'est donc orientée autour des questions relatives à l'offre et à la demande en psychologie et à l'accès aux soins psychologiques. Dans un troisième temps, après avoir évalué la littérature relative au travail du psycho-oncologue, nous avons développé notre conceptualisation de la rencontre systématique en nous basant non seulement sur les éléments théoriques mais aussi sur notre expérience clinique dans le domaine de la psychologie de la santé. C'est suite à cette conceptualisation que nous avons émis les quatre hypothèses concernant l'impact de la rencontre systématique avec un psycho-oncologue et qui seront testées tout au long de la partie empirique de cette thèse.

L'évaluation de l'impact de la rencontre systématique avec un psycho-oncologue a été testée dans trois études qui sont développées dans les chapitres 2, 3 et 4. La première étude que nous avons menée a permis d'évaluer quelles étaient les attentes du patient quant à une démarche systématique. Suite à cette première investigation, nous avons testé nos hypothèses à travers des études longitudinales. La seconde étude a dès lors permis d'évaluer l'intérêt de cette démarche systématique sur les besoins, la détresse et le coping des femmes atteintes d'un cancer du sein au décours des traitements anticancéreux. Une troisième étude a par la suite été proposée pour dupliquer d'une part l'étude 2, en étudiant une population constituée d'hommes et de femmes atteints d'un cancer, mais aussi, d'autre part, pour étudier l'impact de la rencontre systématique sur la perception que le patient a du psychologue et sur l'émergence d'une demande chez le patient d'un accompagnement psychologique.

Enfin, après avoir discuté des trois études qui ont été menées pour évaluer l'intérêt de la rencontre systématique, nous avons conclu ce travail de thèse par une discussion générale des résultats de nos investigations de recherche et par la proposition de nouvelles perspectives aussi bien empiriques que cliniques.

1. Besoins, détresse et coping en cancérologie

1.1 Introduction

Comme nous venons de le voir, l'axe 4 du Plan National Cancer (Onkelinx, 2008) concerne l'accompagnement psychologique des patients atteints d'un cancer. Cet axe s'articule autour de trois objectifs spécifiques : la détection précoce des éventuelles difficultés psychosociales, la prise en charge psychologique du patient, et l'offre de soins permettant une meilleure qualité de vie en tenant compte de la diversité de ses besoins et de sa détresse. Dans la première et deuxième section de ce chapitre, une synthèse de la littérature permettra de définir et d'identifier les difficultés psychosociales potentiellement présentes chez les patients cancéreux en abordant d'une part les études effectuées sur les besoins en cancérologie (e.g., Libert et al., 2006; McIlmurray et al., 2001; Schag & Heinrich, 1990) et, d'autre part, les recherches effectuées sur la détresse émotionnelle (e.g., Bultz & Carlson, 2006; Dolbeault et al., 2008; Henselmans et al., 2010) et sur les troubles psychopathologiques de type anxieux (e.g., Breitbart & Alici, 2009; Dauchy et al., 2007; Gonçalves, Jayson, & Tarrier, 2001) et dépressifs (e.g., Dauchy et al., 2007; Hopwood,

Sumo, Mills, Haviland, & Bliss, 2010; Vahdaninia, Omidvari, & Montazeri, 2010). Ensuite, nous aborderons les stratégies de coping mobilisées par les patients pour faire face au diagnostic de cancer et à la souffrance qu'il génère chez eux (e.g., Cayrou et al., 2001; Lazarus & Folkman, 1984; Razavi & Delvaux, 2008).

1.2 Les besoins

Le concept de besoin a été largement développé dans la littérature en psychologie. Parmi les principales théories, deux ont surtout été investiguées, celle de Maslow (1987) schématisée sous forme de la pyramide des besoins et celle de Deci et Ryan (2002) relative à l'auto-détermination des individus. Dans le cadre de cette thèse nous avons décidé de ne pas développer ces théories générales mais de privilégier les perspectives théoriques et empiriques spécifiquement utilisées en cancérologie. Nous traiterons donc dans cette section d'une part, de la définition du besoin et d'autre part, des études menées en psychoncologie sur les besoins du patient atteint d'un cancer.

1.2.1 Définition du besoin

Si communément, le besoin est défini comme « un désir, une envie, qu'elle soit naturelle ou pas » (Larousse, 2004, p. 131), la définition de ce concept s'appréhende de diverses façons et ce, en fonction du contexte dans lequel il est utilisé. Aussi, en psychologie, la définition du besoin réfère à l'« état de l'organisme résultant d'un déséquilibre entre, d'une part, des normes physiologiques ou culturelles et, d'autre part, des informations sur l'état du milieu intérieur ou extérieur ou des représentations » (Bloch, 1999, p. 115). Cette compréhension du concept de besoin renvoie à la recherche d'un état d'homéostasie (Schmid-Buchi, Halfens, Dassen, & Van den Borne, 2008) qui aurait été rompu, par exemple, suite à l'annonce d'un cancer. Newell et Sanson-Fisher (1998) rejoignent cette conception en affirmant que le cancer peut bouleverser le quotidien du malade et ainsi entraîner un écart avec le degré de bien-être et d'homéostasie qu'il a jusqu'alors pu préserver. La rupture provoquée donc par l'annonce de la maladie cancéreuse conduit à un affaissement de l'homéostasie qui peut également favoriser l'apparition d'un stress conséquent aux traitements anticancéreux, à la réaction des proches et à la peur de chacun quant à l'éventuelle récurrence (Stanton et al., 2005).

De plus, si le besoin est lié à la perte d'homéostasie, il peut aussi être défini par le souhait de l'individu à retrouver son vécu antérieur. De ce fait, les besoins ont souvent été associés à la motivation qui « désigne les forces qui agissent sur une personne, ou à l'intérieur d'elle, pour la pousser à se conduire d'une manière spécifique, orientée vers un objectif » (Louart, 2002, p. 3). Dans ce cas, les besoins sont expérimentés comme des manques d'ordre physiologique, psychologique et/ou sociologique et qui incitent la personne à une réaction qui leur permettra de réduire les tensions qui peuvent être à la source de difficultés psychologiques plus intenses (Louart, 2002). Aussi, la motivation permet d'éviter des conséquences négatives pour le patient car elle mobilise ses capacités d'ajustement (Lazarus & Folkman, 1984).

1.2.2 Les besoins du patient atteint d'un cancer

Le concept de besoin en cancérologie renvoie aux notions d'homéostasie et de la motivation. Aussi, afin d'appréhender ce concept en cancérologie, il est important de se référer aux études menées en psycho-oncologie. Concernant ces recherches, il existe souvent une confusion entre les besoins et les conséquences physiques et/ou émotionnelles de la maladie, certains auteurs soulignant que le patient présente un besoin lorsqu'il manifeste une réaction psychologique inadéquate au cancer. Dans ce cas, le besoin psychosocial est souvent, dans ce contexte, associé à la détresse psychologique (McIllmurray et al., 2001). Afin d'éviter cette confusion et de mieux distinguer détresse et besoin en cancérologie, diverses recherches ont été effectuées (e.g., Libert et al., 2006; Schag & Heinrich, 1990). Schag et Heinrich (1990) ont ainsi créé une échelle d'évaluation des besoins en cancérologie, le CAncer Rehabilitation Evaluation System [CARES]. Cette échelle étudie cinq types de besoins : physiques, dans les interactions médicales, psychosociaux, maritiaux et sexuels.

Sur base de cette échelle, Libert et al. (2006) ont mené une étude qui a permis d'identifier les besoins de patients atteints d'un cancer au sein de la population belge. Les résultats de cette recherche, qui a été menée auprès de 980 patients, ont montré qu'une majorité des patients ont rencontré au moins une fois, au cours du mois qui suit le diagnostic de cancer, des difficultés physiques, celles-ci étant principalement liées à la mobilité, aux activités de la vie quotidienne, aux loisirs, à la profession et aux douleurs. Ces difficultés sont le plus souvent la conséquence des symptômes de la maladie mais aussi des traitements anticancéreux proposés (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie). En outre, les difficultés psychosociales identifiées dans cette recherche génèrent dans certains cas de la détresse psychologique (aspect qui sera développé ultérieurement dans ce travail) et concernent essentiellement une crainte quant à l'évolution de la maladie et la peur de la récurrence, altérant également les relations envers la famille, les amis et les activités professionnelles (très importante dans la population active). Libert et al. (2006) ont également mis en évidence qu'une personne sur trois présentait des difficultés liées aux interactions médicales et des difficultés conjugales. Ces besoins, s'ils sont sensiblement moins importants que les besoins physiques et psychosociaux, peuvent tout de même altérer le bien-être du patient. En effet, en ne se sentant pas soutenu ou compris par son médecin et par ses proches, le patient risque de développer de la détresse, principalement des troubles dépressifs (Dauchy et al., 2007). Enfin, le dernier besoin évalué par Libert et al. (2006), le besoin sexuel, qui est généralement lié à des dysfonctions sexuelles (suite aux traitements chirurgicaux ou chimiothérapeutiques) et à une altération de l'intégrité physique (conséquence à une mastectomie ou une colostomie par exemple) est souvent rapporté dans la population étudiée. Toutefois, les patients souffrant de cette difficulté préfèrent ne pas l'aborder lors des consultations hospitalières mais plutôt dans une certaine intimité, avec leur conjoint.

Pour conclure, les besoins sont essentiels à l'équilibre des individus selon plusieurs théories. Il est donc nécessaire que ces besoins soient satisfaits pour maintenir un état de bien-être satisfaisant. A l'inverse, leur insatisfaction risque de générer une difficulté

émotionnelle et psychique qui peut, dans certains cas, conduire à une détresse psychologique. Aussi, dans un contexte de maladie grave, la rupture est malheureusement fréquente, comme l'illustre les taux de détresse conséquents mis en évidence dans de nombreuses études menées en psycho-oncologie.

1.3 La détresse émotionnelle et les troubles psychopathologiques

La majorité des recherches menées en psycho-oncologie ont étudié les conséquences de l'insatisfaction des besoins des malades, notamment à travers l'étude de la détresse émotionnelle (e.g., Dolbeault et al., 2008; Henselmans et al., 2010) et des troubles psychopathologiques (e.g., Breitbart & Alici, 2009; Dauchy et al., 2007; Hopwood et al., 2010). Aussi, dans un premier temps nous développerons dans cette section les principales études relatives à la détresse émotionnelle, que Mitchell (2007) a défini comme étant une difficulté de moindre intensité. Dans un second temps, seront étudiés les troubles psychopathologiques qui émergent lorsque le patient ne parvient plus à gérer son ajustement à la maladie ; à savoir, les troubles anxieux (e.g., Andrykowski & Cordova, 1998; Dauchy et al., 2007; Flahault, Godet, & Dolbeault, 2007; Gonçalves et al., 2011; Morrill et al., 2008) et les troubles de l'humeur d'allure dépressive (e.g., Dauchy et al., 2007; Hall, Ahern, & Fallowfield, 1999; Hopwood et al., 2010; Thibodeau, 2011).

1.3.1 La détresse émotionnelle

a. Définition de la détresse

La détresse émotionnelle a été décrite comme un indicateur de base de la santé et du bien-être du patient (Rebalance Focus Action Group [RFAG], 2005). Elle est considérée dans la littérature en cancérologie comme le sixième signe vital, les autres signes étant : la température, la respiration, le rythme cardiaque, la pression sanguine et la douleur (National Pharmaceutical Council [NPC], 2001 cité par Bultz & Carlson, 2006). Elle est définie comme « une expérience émotionnelle désagréable et multifactorielle de nature psychologique (cognitive, comportementale, émotionnelle), sociale et/ou spirituelle qui peut interférer avec la capacité à faire face au cancer, ses symptômes physiques et ses traitements. La détresse s'étend sur un continuum, allant des sentiments habituels normaux de vulnérabilité comme la tristesse ou la peur à des problèmes qui peuvent devenir handicapants tels que la dépression, l'anxiété, la panique, l'isolement social et la crise spirituelle » (Holland, 1999, p. 404).

Lorsque Holland (1999) définit la détresse, elle la conçoit donc comme un continuum et la situe entre deux pôles opposés, l'un, normal et, l'autre, pathologique. Ainsi, d'une part, si la détresse est considérée comme normale, c'est parce qu'il est relativement commun que certaines émotions, entre autres, la tristesse, la peur et la colère, soient ressenties par le patient confronté à la maladie cancéreuse (Razavi & Delvaux, 2008). D'autre part, lorsque la détresse devient envahissante pour le patient, elle est alors définie comme étant pathologique (Dolbeault et al., 2008). Aussi, le premier pôle, relatif à l'aspect normal de la

détresse émotionnelle renvoie à la conception d'adaptation. En effet, l'annonce du diagnostic, par exemple, va mobiliser chez le patient différents mécanismes d'adaptation qui viseront au maintien de l'homéostasie de l'appareil psychique et qui mériteront d'être soutenus (Jadoulle et al., 2006). Dolbeault et al. (2008) soulignent d'ailleurs la nécessité de cette détresse dans l'ajustement à la maladie et à la mise en œuvre des traitements. Ce temps nécessaire et adaptatif, qui peut se traduire par des symptômes de types anxio-dépressifs, est une réponse émotionnelle considérée comme normale, que toute personne peut rencontrer lorsqu'elle est confrontée à un événement de vie stressant, à condition tout de même que cette réaction soit limitée dans le temps et qu'elle ne soit pas représentative d'un trouble psychologique (Dolbeault et al., 2008). Toutefois, le second pôle qui traduit l'aspect psychopathologique de la détresse, est caractérisé par divers facteurs : une omniprésence des réactions émotionnelles et donc un manque de répit laissé au patient, une forte intensité et une durée plus importante de ces réactions émotionnelles et, surtout, le handicap que représente les symptômes, la souffrance générée par le trouble pouvant induire un dysfonctionnement significatif au niveau personnel, interpersonnel et/ou professionnel. Dans ce cas, la détresse peut donc devenir pathologique et mener à des troubles de l'adaptation ou des troubles psychopathologiques, de type anxieux ou dépressif (Razavi, Delvaux, Farvacques, & Robaye, 1990) qui seront développés ultérieurement.

b. La détresse en cancérologie

Si la détresse est définie comme étant le sixième signe vital à évaluer en cancérologie, c'est parce que de nombreux auteurs ont mis en évidence l'importance de ce phénomène émotionnel chez les patients atteints d'un cancer. Aussi, selon une méta-analyse de Bultz et Carlson (2006), en Amérique du Nord, des études rapportent que 35 à 45 % de patients atteints d'un cancer présentaient une détresse émotionnelle (e.g., Carlson et al., 2004 ; Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001), et ce, tout au long de leur parcours de soins ; à savoir : le moment du diagnostic, les traitements, l'arrêt de ceux-ci, la récurrence et le passage en soins palliatifs. En outre, concernant cette ultime étape, Potash et Breitbart (2002) ont rapporté un taux encore plus élevé, soit 58% de détresse en soins palliatifs, rejoignant des études effectuées en Europe sur la détresse en fin de vie (Dolbeault et al., 2008 ; Mehnert, 2004 ; Montazeri, Sajadian, Fateh, Haji-Mahmoodi, & Ebrahimi, 2004).

Etant donné ces statistiques conséquentes, des auteurs ont étudié les moments d'apparition de la détresse et son évolution chez le patient cancéreux. Barez et al. (2007) ont d'ailleurs rapporté que généralement, si la détresse est plus élevée durant le premier mois qui suit le diagnostic, elle diminue graduellement par la suite. Cette observation est en partie contredite par Deshields et al. (2006) qui ont montré que la détresse émotionnelle ressentie suite à l'annonce d'un cancer peut être très variable. En effet, si elle peut dans certains cas être inexistante, elle peut également diminuer progressivement ou augmenter à distance du diagnostic. En outre, si la détresse émotionnelle est élevée juste après l'annonce de la maladie et durant des traitements, elle peut aussi être activée lors des phases de rémission et de guérison. En effet, Razavi et Delvaux (2008) ont rapporté que l'arrêt des traitements et la phase de rémission peuvent fragiliser les patients en provoquant un

sentiment d'abandon. Cette fragilité associée à la peur de la récurrence ou encore à des préoccupations liées aux effets secondaires persistants des traitements, peut provoquer une détresse émotionnelle considérable (Razavi & Delvaux, 2008). De plus, le passage en soins palliatifs contribue selon de nombreux auteurs à une augmentation de la détresse (e.g., Carlson et al, 2004; Dolbeault et al., 2008; Zabora et al, 2001).

De nombreuses recherches ont donc été menées pour identifier les moments d'apparition de la détresse émotionnelle en cancérologie. Si plusieurs résultats relatent que la détresse apparaît surtout à des moments bien spécifiques de la maladie, Henselmans et al. (2010) ont, quant à eux, montré l'évolution de cette détresse en intégrant le parcours de soins du patient. Ils ont de ce fait défini plusieurs trajectoires possibles dans l'évolution de la détresse émotionnelle. Une première trajectoire représente environ 36 % des patients et est caractérisée par l'absence de détresse psychologique. Une seconde (33 % des patients) indique une détresse émotionnelle plus élevée durant la période qui suit le diagnostic et durant les traitements et diminuant par la suite. Une troisième trajectoire (15 % des patients) est définie par une détresse assez tardive dans le parcours de soins, celle-ci augmentant graduellement, ce qui conduit à une souffrance plus importante au cours du temps. Enfin, une dernière trajectoire (15% des patients) comprend les patients qui souffrent d'une détresse émotionnelle importante présente durant tout le processus.

Enfin d'autres recherches ont montré qu'indépendamment du moment de la maladie, les besoins physiques dont principalement la douleur, peuvent conduire à une détresse émotionnelle. En effet, les études de Ransom et al. (2006) ont mis en évidence que les patients avec un niveau de douleur élevé présentaient plus de détresse émotionnelle, rejoignant ainsi les observations de Zabora et al. (2001) et de Carlson et al. (2004), qui expliquent l'apparition de la détresse comme consécutive à des niveaux élevés de fatigue et de douleur.

c. L'évaluation de la détresse émotionnelle en cancérologie

La détresse en cancérologie est donc identifiée par plusieurs auteurs aux différentes étapes du parcours de soins du patient, celle-ci persistant même, dans certains cas, après la fin des traitements. Il est donc important que celui qui accompagne le patient soit attentif à ces aspects de détresse, d'autant plus que ce continuum émotionnel peut provoquer chez le patient l'apparition de troubles psychiatriques plus complexes. Pour cette raison, une évaluation de la détresse peut être effectuée lors de la visite des patients, au même titre que les autres signes vitaux décrits précédemment (Bultz & Carlson, 2006). De ce fait, une échelle visuelle (allant de 0 à 10), similaire à l'échelle de la douleur en algologie, a été créée par le National Comprehensive Cancer Network [NCCN] (2007) afin de permettre le dépistage de la détresse émotionnelle. Selon le NCCN (2007), un score de 4 ou plus justifie une évaluation plus approfondie ou le renvoi à un soutien psychosocial (Mitchell, 2007). Cette échelle est de plus accompagnée d'une liste de problèmes (physiques, psycho-sociaux, spirituels), sur laquelle les patients peuvent marquer la nature et la source de leur détresse, ce qui permettra une orientation vers des soins appropriés (par exemple, un médecin, un psychologue, un membre du culte) (Bultz & Carlson, 2006). L'utilisation de cette

évaluation de la détresse a été renforcée par les plans cancers nationaux en Amérique du Nord (Howell et al., 2009) et ce, pour deux raisons. D'une part, elle favoriserait une approche globale des soins et donc plus d'humanisation, en mettant les besoins des patients au centre du modèle de soins de santé. D'autre part, elle permettrait une réduction des dépenses de soins de santé en diminuant la charge émotionnelle inhérente aux soins médicaux du cancer par la prévention conséquente à cette évaluation (Bultz et Carlson, 2006).

Pour conclure, si l'intérêt d'identifier ce sixième signe vital est relativement développé en cancérologie, c'est parce qu'il permet d'humaniser les soins anticancéreux et d'évaluer les capacités d'ajustement ou les risques d'effondrement du patient à chaque moment de son parcours médical. En effet, lorsque les patients sont capables d'ajustement, ils parviennent à effectuer les changements dans leur vie qui leur permettent de mieux gérer l'événement difficile, en l'occurrence, la maladie et ses traitements. De ce fait, dans un contexte de cancer, le patient qui parvient à s'ajuster à la maladie, apprend à faire face à la détresse émotionnelle et ainsi à résoudre toute une série de problèmes ou de besoins en lien avec le cancer (Razavi & Delvaux, 2008). En cancérologie, la détresse émotionnelle, qui peut émerger, est parfois considérée comme normale vu son caractère adaptatif, mais peut également renvoyer à une difficulté d'adaptation et revêt dès lors son aspect pathologique. Dans ce cas, certains auteurs font part de l'apparition de troubles de l'adaptation (Dolbeault et al., 2008; Razavi et al., 1990).

1.3.2 Les troubles psychopathologiques

Lorsque la détresse émotionnelle revêt son caractère pathologique, le patient risque de développer des troubles psychiatriques classifiés dans le DSM IV-TR. Le trouble de l'adaptation, le trouble anxieux et le trouble dépressif, qui sont les principaux troubles étudiés auprès de la population cancéreuse, seront développés dans ce travail sous la forme d'une synthèse des recherches permettant d'établir la prévalence de ceux-ci.

a. Le trouble de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation est décrit dans le DSM IV-TR comme : « le développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (eux-ci) » (American Psychiatric Association [APA], 2003, p. 783). Ce trouble peut être avec humeur dépressive, avec anxiété, avec à la fois humeur dépressive et anxieuse (APA, 2003). Il est aussi défini comme étant de plus faible intensité que les troubles anxieux et dépressifs majeur (Epping-Jordan et al., 1999). L'étiologie de ce trouble renvoie à de multiples facteurs favorisants : les facteurs individuels, circonstanciels, historiques et culturels. En effet, si certains individus ont déjà beaucoup de difficultés à gérer leur vie, l'apparition d'un nouvel événement stressant vient complexifier ce processus et peut donc conduire à un trouble de l'adaptation. Dans ce cas, ce trouble de l'adaptation, avec ses symptômes dépressifs, anxieux, émotionnels, sociaux et/ou de comportement peuvent potentiellement aggraver la qualité de vie de la personne et peut

même parfois évoluer plus défavorablement et conduire le patient à s'installer dans un trouble psychopathologique majeur, tel qu'un trouble anxieux ou une dépression majeure (Razavi et al., 1990).

En cancérologie, Breibart et Alici (2009) ont étudié ce trouble et ont mis en évidence que les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse sont les troubles psychiatriques les plus diagnostiqués chez les patients atteints de cancer. Ils confirment de ce fait les études de Derogatis et al. (1983) qui, sur un échantillon de 250 malades atteints d'un cancer, avaient mis en évidence que 47% d'entre eux présentaient un trouble psychiatrique, dont deux tiers de troubles de l'adaptation. L'annonce d'un diagnostic de cancer souvent défini comme étant un événement stressant (Buckmann, 2001) risque de perturber la vie du patient et par conséquent convertir défavorablement son adaptation en des troubles de l'adaptation mais aussi en troubles anxieux et/ou dépressifs.

b. Les troubles anxieux

Définition de l'anxiété

Avant de traiter de la question de l'anxiété, il est nécessaire de préciser le concept qui sera abordé dans cette section. En effet, au sens commun du terme, l'anxiété est souvent confondue avec la peur. Selon Bloch (1999), la peur et l'anxiété se différencient par le degré et surtout par les cognitions associées. En effet, la peur est « un état dont l'objet est bien connu du sujet, c'est-à-dire un état qui a un contenu émotionnel et représentatif de son objet » (Bloch, 1999, p. 66). Par contre, l'anxiété, évoquée lorsque les situations où l'objet est mal différencié cognitivement, est un concept qui est utilisé lorsque « l'état émotionnel renvoie à des peurs intenses, répétitives, chroniques et/ou pathologiques » (Bloch, 1999, p. 66). Selon ces définitions, la peur présente une intensité moins importante que l'anxiété, cette dernière pouvant conduire le patient à développer des troubles psychopathologiques complexes tel que le trouble panique qui sera décrit ultérieurement.

En outre, concernant la conception d'anxiété, il est essentiel de distinguer deux notions : l'anxiété-état et l'anxiété-trait. Si la première notion se réfère à un état émotionnel qui correspond à un état passager pouvant survenir chez tout individu, la seconde est quant à elle, une caractéristique individuelle, apparemment innée qui se manifeste à son tour. Dans ce contexte, la personne semble être prédisposée à éprouver des états de peur en présence de stimuli qui ne sont pas définis par d'autres personnes comme anxiogènes (Jouvent et al., 1999).

Aussi, dépendamment de son intensité, l'anxiété revêt parfois un caractère pathologique, les réactions émotionnelles étant plus intenses, devenant même exacerbées, avec des effets durables et le patient étant alors inhibé dans ses capacités réelles à faire face (APA, 2003). A l'inverse, lorsqu'elle est moins intense, l'anxiété peut être normale. Elle se présente alors sur un mode adaptatif et est souvent décrite comme non handicapante pour le patient (APA, 2003). Dans ce second cas, nous parlons d'anxiété sub-clinique. Afin de développer un modèle de l'anxiété en cancérologie, nous traiterons de ces deux niveaux.

L'anxiété pathologique en cancérologie

Dans la clinique oncologique, il s'avère que 10 à 30% de personnes atteintes d'un cancer présenteraient des troubles anxieux pathologiques, ces troubles étant principalement des troubles paniques et post-traumatiques et différent selon la pathologie cancéreuse, l'entourage du patient et sa culture (Breitbart & Alici, 2009).

Le premier trouble anxieux mis en évidence chez les patients atteints d'un cancer, le trouble panique, est défini comme étant « un trouble anxieux caractérisé par des attaques de panique récurrentes et inattendues » (APA, 2003, p. 498). Selon le DSM IV-TR, les symptômes de l'attaque de panique sont : (1) palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque ; (2) transpiration ; (3) tremblements ou secousses musculaires ; (4) sensations de "souffle coupé" ou impression d'étouffement ; (5) sensation d'étranglement ; (6) douleur ou gêne thoracique ; (7) nausée ou gêne abdominale ; (8) sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement ; (9) déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi) ; (10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou ; (11) peur de mourir ; (12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements) ; (13) frissons ou bouffées de chaleur (APA, 2003). En outre, selon le DSM IV-TR, afin de diagnostiquer une attaque de panique, il est nécessaire que le patient présente un malaise intense ou une crainte démesurée avec au minimum quatre de ces symptômes qui surviennent de façon brutale et atteint son acmé en moins de 10 minutes. Par ailleurs, ce trouble peut également inclure une peur des conséquences ou des inquiétudes d'avoir d'autres attaques de panique, réaction pathologique appelée anxiété anticipatoire (APA, 2003). Cette réaction conduit dès lors plusieurs auteurs à distinguer attaque de panique et anxiété, et ce, notamment, en lien avec la durée et l'intensité des symptômes. En effet, si l'anxiété est provoquée par un stress chronique qui peut durer de quelques jours à plusieurs mois, l'attaque de panique, quant à elle, est une réaction relativement brève mais intense qui est déclenchée par une cause soudaine et inopinée durant laquelle le patient a une peur de mourir (APA, 2003). Des auteurs ont étudié la présence des attaques de panique en cancérologie, en insistant notamment sur la hausse de l'intensité de ces crises lors des traitements chirurgicaux ou lors des chimiothérapies (Dauchy et al., 2007 ; Flahault et al., 2007 ; Razavi & Delvaux, 2002). Selon Razavi et Delvaux (2002), les traitements anticancéreux génèrent plus d'anxiété que le diagnostic lui-même, les effets secondaires de ces traitements et l'incertitude quant à leur efficacité expliquant amplement le développement de ces attaques de panique.

Par ailleurs, outre la présence de troubles paniques en cancérologie, Breitbart et Alici (2009) font également référence à l'anxiété post-traumatique. En effet, l'annonce du diagnostic de cancer étant intensément anxiogène (Buckman, 2001), des auteurs assimilent la confrontation du patient à sa possible mortalité à un stress potentiellement traumatique (Jacobsen et al., 1991), générant parfois un stress post-traumatique [PTSD] (e.g., Gonçalves et al., 2011 ; Andrykowski & Cordova, 1998). Suite à une étude menée en sénologie, Andrykowski et Cordova (1998) ont notamment fait état de 5 à 10 % de PTSD chez des patientes atteintes d'un cancer du sein. Le PTSD est défini comme un « ensemble

de réactions ou symptômes qui peut se développer chez une personne après qu'elle ait vécu, été témoin ou confrontée à un traumatisme, c'est-à-dire un événement qui a provoqué la mort ou de sérieuses blessures ou qui impliquait une menace de mort ou de graves blessures et qui a suscité une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur ». (APA, 2003, p. 533). En outre, si ce trouble peut s'aggraver en menant le patient à développer des affects dépressifs voire certaines assuétudes, il risque également d'être réactivé dans la suite du parcours médical du patient, conduisant parfois à des problèmes de compliance (Mikolajczak, 2013).

L'anxiété sub-clinique en cancérologie

Si l'anxiété pathologique des patients atteints d'un cancer a été largement développée dans la littérature en psycho-oncologie (e.g., Breitbart et Alici, 2009 ; Dauchy et al., 2007 ; Flahault et al., 2007), des recherches ont été effectuées sur l'anxiété sub-clinique en cancérologie. Ainsi, indépendamment du diagnostic cancéreux, qui peut être générateur d'anxiété traumatique (Andrykowski & Cordova, 1998; Gonçalves et al., 2011), Burges et al. (1988) font état d'un niveau important d'anxiété sub-clinique lors du dépistage du cancer. Dans ce contexte, cette anxiété est liée à un mauvais ajustement psychologique passager et conséquent à un faible lieu de contrôle interne, au désespoir et à l'impuissance du patient face au diagnostic de cancer.

En outre, le moment d'une intervention chirurgicale est logiquement décrit comme étant un moment intense d'anxiété. En effet, si des auteurs rapportent la présence d'attaques de panique lors des interventions chirurgicales (e.g., Dauchy et al., 2007 ; Flahault et al., 2007), tous les patients ne développent cependant pas ce trouble. Selon les observations d'Aimont (1998, cité par Mikolajczak, 2013) en clinique du sein, près de la moitié (49%) des patientes présentaient de l'anxiété sub-clinique lors de leur hospitalisation en chirurgie pour une intervention mammaire, cette anxiété étant liée à la mutilation voire même au risque de décès suite à la chirurgie.

De plus, les traitements anticancéreux et la fin de ces derniers peuvent également être générateur d'anxiété. En effet, les patients qui ont été pris en charge de manière relativement intense durant leur parcours médical, vivent la fin de leurs traitements comme un abandon et par conséquent, ressentent profondément le vide laissé par l'aboutissement de leur parcours médical (Burgess et al., 2005). De plus, l'anxiété liée à la peur de la récurrence et aux bilans qui seront programmés par la suite peut être parfois encore plus intense que les peurs vécues durant les traitements, probablement en lien avec le faible lieu de contrôle interne induit par cette situation de fin de traitement (Costanzo et al., 2007; Kornblith & Ligibel, 2003; Le Corroller-Soriano, 2008). Toutefois, cette anxiété de fin de traitement peut progressivement permettre au patient de se « ré-adapter » à une vie sans cancer (Lewis, 2015).

Gestion de l'anxiété

Par ailleurs, comme souligné précédemment, l'anxiété sub-clinique peut conduire le patient à s'adapter à un nouvel environnement, à travers notamment des changements psychiques qui lui seront bénéfiques et qui faciliteront son développement (Taylor, Koch, & McNally, 1992). Ainsi, en cancérologie, lorsque la rencontre du diagnostic n'active pas uniquement la pensée d'un décès mortel, elle peut être gérée par le patient et conduire à un ajustement à la situation cancéreuse (Razavi & Delvaux, 2008). Certains auteurs insistent sur l'importance de l'expression émotionnelle dans l'aide à la gestion de cette anxiété. En effet, selon certaines études, l'expression émotionnelle de ce traumatisme chez les patients atteints d'un cancer leur permette de ne pas développer de stress post traumatique (Andrykowski & Cordova, 1998; Breitbart & Alici, 2009).

En outre, comme chaque réaction à une situation complexe est différente, plusieurs attitudes des patients sont possibles. Aussi, si certains patients vont réguler leurs émotions à travers son expression, d'autres vont veiller à ne pas les partager. Dans certains cas, ces mêmes patients vont également inhiber leurs émotions afin, par exemple, d'empêcher la réactivation de la souffrance psychologique ressentie lors de l'annonce du cancer (Gonçalves et al., 2011). De cette manière, ces patients évitent de donner du sens à ce vécu, voire à la confrontation avec les éléments qui les rend anxieux ou qui accentue cette anxiété (Pasquier, et al., 2008). Si cette inhibition de la pensée et des émotions peut dans une certaine mesure avoir un caractère adaptatif temporaire (Razavi & Delvaux, 2008), elle ne permet pas le traitement adéquat de l'information émotionnelle (Razavi & Delvaux, 1997). En effet, l'expression émotionnelle est, selon de nombreux auteurs, un élément important de la régulation de l'anxiété et de la gestion du traumatisme que représente l'annonce d'un cancer (e.g., Gonçalves et al., 2011 ; Iwamitsu et al., 2005). D'ailleurs, Iwamitsu et al. (2005) ont étudié ce phénomène en clinique du sein. Ils ont ainsi démontré d'une part que des patientes anxieuses qui n'expriment pas leurs émotions négatives ressentaient davantage de détresse psychologique que celles qui les exprimaient, et ce indépendamment du moment de la maladie. D'autre part, ils ont également rapporté que lorsqu'une patiente anxieuse n'exprimait pas ses émotions lors du diagnostic, elle se sentait plus anxieuse, voire même déprimée durant les traitements anticancéreux (Iwamitsu et al., 2005).

c. Les troubles de l'humeur d'allure dépressive

Si le trouble anxieux en cancérologie a été largement étudié, de nombreux auteurs mettent en évidence qu'un nombre important des patients atteints d'un cancer présentent également des troubles de l'humeur d'allure dépressive. Parmi de nombreuses études effectuées sur la psychopathologie en cancérologie, Hopwood et al. (2010) ont rapporté que près d'un tiers (33%) de patients diagnostiqués d'un cancer du poumon, au sein d'une population de 987 patients, présentaient un trouble dépressif majeur. Cette étude rejoint par ailleurs celle de Hall et al. (1999), qui a été effectuée auprès de 269 patientes atteintes d'un cancer du sein, et qui a mis en évidence que 37.2 % des patientes présentaient une dépression majeure dans les trois premiers mois suivant le diagnostic. Plus récemment, Thibodeau (2011) a confirmé ces données en montrant que la dépression majeure serait

présente dans 35% à 40% des cas de cancer. Cependant d'autres études font état de prévalence moins élevée de dépression majeure. Dauchy et al. (2007) ont rapporté que les symptômes dépressifs ne touchent qu'un patient sur cinq et Spiegel et Giese-Davis (2003) ne faisaient part que 5 à 10% de dépression majeure dans des contextes oncologiques. La variabilité de la prévalence des troubles dépressifs en cancérologie est expliquée, selon ces auteurs, par la confusion entre l'humeur dépressive et la dépression majeure, mais aussi par la difficulté de diagnostiquer la dépression majeure chez un patient atteint d'un cancer.

Définition de la dépression

Des recherches menées en psycho-oncologie ont étudié le phénomène de confusion entre humeur dépressive et dépression majeure. L'humeur dépressive n'est qu'un des nombreux symptômes de la dépression majeure que propose l'APA. Elle correspond, selon Salmans (1997), à une baisse de moral et une aversion d'activité pouvant affecter le comportement, les émotions et le bien-être physique d'un individu. Aussi, dans un contexte de cancer, les émotions générées par l'annonce du diagnostic peuvent fréquemment conduire à une humeur dépressive. Concernant la dépression majeure, le DSM IV-TR la définit en fonction des symptômes suivants : (1) une humeur dépressive, (2) une perte d'intérêt ou de plaisir, (3) une perte ou un gain de poids significatif en l'absence de régime ou, une diminution ou une augmentation de l'appétit presque tous les jours, (4) une insomnie ou une hypersomnie presque tous les jours, (5) une agitation ou un ralentissement psychomoteur presque tous les jours, (6) une fatigue ou une perte d'énergie presque tous les jours, (7) un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, (8) une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer presque tous les jours, (9) une pensée de mort récurrente voire des idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou une tentative de suicide ou un plan précis pour se suicider (APA, 2003). En outre, selon le DSM IV-TR, afin de diagnostiquer la dépression majeure, le patient doit présenter au moins une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir mais aussi quatre autres symptômes de la liste décrite précédemment. De plus, outre ces symptômes, le DSM IV-TR insiste sur un critère de temps : une durée de deux semaines de présence de ces symptômes est nécessaire pour confirmer le trouble. Ce critère de temps permet de départager une dépression majeure d'une difficulté d'adaptation à un contexte difficile, comme par exemple, l'annonce d'un cancer. De plus, en tenant compte de ces deux semaines pour poser un diagnostic de dépression majeure, on évite d'étiqueter d'emblée un patient qui exprime tout naturellement sa tristesse.

La dépression en cancérologie

La symptomatologie décrite par le DSM IV-TR permet d'éviter toute confusion dans le diagnostic de dépression majeure. Toutefois, malgré les recommandations de l'APA, il est difficile de diagnostiquer correctement une dépression majeure chez un patient atteint d'un cancer. Les symptômes somatiques de la dépression que propose le DSM IV-TR peuvent également s'expliquer par la maladie cancéreuse et/ou les traitements oncologiques. En effet, la perte de poids, la fatigue, les troubles de la pensée ou de la concentration et l'hypersomnie peuvent être la conséquence de la maladie cancéreuse ou des traitements qui

sont utilisés pour la contrer (Bezy & Jalenques, 2007; Razavi & Delvaux, 2008). Dès lors, il s'avère utile d'adapter cette stratégie diagnostique en tenant principalement compte des symptômes psychologiques mis en évidence dans ce manuel diagnostique, comme le suggèrent Zigmond et Snaith (1983) ou en proposant de remplacer les symptômes physiques du DSM IV-TR par des symptômes psychologiques et affectifs (Endicott, 1984 cité par Razavi & Delvaux, 2008).

Au-delà de ces aspects diagnostiques, plusieurs auteurs soulignent l'importance de la dépression majeure au sein de la population cancéreuse, qui est tout de même 2 à 4 fois plus élevée que dans la population normale (Thibodeau, 2011). Ainsi, Pinder et al. (1993) insistent sur l'existence d'un lien entre l'altération des aptitudes physiques et des fonctions vitales des patients souffrant du cancer et la morbidité psychologique. Selon ces auteurs, c'est l'altération des capacités physiques et le constat par la personne de la baisse de sa vitalité et de la réduction de son autonomie qui entraîne la dépression, indépendamment des pensées liées à la maladie (Pinder et al., 1993).

En outre, Pasquier et al. (2008) émettent l'hypothèse que les patients atteints d'un cancer et qui seraient déprimés, peuvent exprimer leurs émotions tout en inhibant intentionnellement une partie de leur vécu émotionnel. Cette réaction serait, toujours selon ces auteurs, une manière de se défendre du jugement extérieur, en évitant de montrer à autrui, une image négative de soi. Cette réaction, connue sous le nom d'émoussement affectif est décrite comme étant «une abrasion émotionnelle aboutissant à une restriction de l'expressivité des émotions et une perte de sensibilité rapportée par le sujet, aussi bien sur les dimensions de plaisir et de déplaisir» (Jouvent et al., 1987, p.133). Cette théorie explicative des affects dépressifs en cancérologie, définie comme étant la conséquence d'une restriction des expressions émotionnelles, est également proposée par Servaes et al. (1999) à travers une étude menée auprès de patients atteints d'un cancer du poumon. Ils rejoignent également Hendrick (1982, cité par Servaes et al., 1999) qui affirmait que les patients atteints d'un cancer refusaient d'exprimer leurs émotions afin d'éviter les conflits avec leur entourage et l'altération de leurs relations sociales.

Les facteurs de risque en cancérologie

Si plusieurs auteurs ont donc pu expliquer le taux élevé de dépression en cancérologie, il s'avère important d'être attentif aux facteurs de risque d'un trouble dépressif dans ce domaine médical. Breitbart et Alici (2009) ont relevé d'ailleurs une série de facteurs de risque : un stade avancé de la maladie, des faiblesses physiques, d'autres maladies associées, des antécédents familiaux ou individuels de dépression, la douleur, un pauvre étayage social et un deuil récent. Par ailleurs, en complément à la liste de Breitbart et Alici (2009), Pedinielli (2002, cité par Pasquier et al., 2008) a rapporté un autre facteur de risque, une perception pessimiste de l'avenir, qui peut directement provoquer un passage à l'acte suicidaire ou une tentative de suicide. Il s'agit donc d'être prudent quant au risque de passage à l'acte, d'autant plus que le taux de suicide chez les patients atteints d'un cancer est deux fois plus élevé que dans la population générale (Allebeck & Bolund, 1991). La détresse émotionnelle, une faible tolérance à la douleur et à l'inconfort ainsi qu'un souhait

de contrôle sont des facteurs de risque qui peuvent également amener la personne à passer à l'acte (Razavi & Delvaux, 2008).

d. L'évaluation des aspects psychopathologiques

Si les patients atteints d'un cancer peuvent présenter des troubles psychopathologiques, comme nous venons de le souligner, il est alors essentiel de pouvoir instaurer des méthodes de diagnostic précoce. Aussi, afin de conclure cette section, nous développerons les différents outils de détection, à savoir, les outils directifs, semi-directifs et non-directifs.

Parmi les outils directifs, nous retrouvons de nombreux questionnaires, les plus souvent utilisés en cancérologie étant le Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS] de Zigmond et Snaith (1983) et le Brief Symptom Inventory [BSI] de Derogatis (2001). Le premier, le HADS, comprend 14 items, la moitié d'entre eux déterminant le degré de dépression et l'autre moitié, le degré d'anxiété. Plusieurs auteurs soulignent l'intérêt de cette échelle dans l'évaluation de la détresse des patients dans la mesure où les questions relatives aux symptômes physiques, pouvant être assimilés aux symptômes d'ordre psychologique, sont absentes (Jacobsen et al., 2005; Johnston, Pollard, & Hennessey, 2000). Cet outil est par ailleurs valide et fiable pour les patients souffrant d'une maladie somatique (Jadoulle et al., 2006) et est traduit en français (Razavi et al., 1989). Le second questionnaire, le BSI, est également utilisé en cancérologie pour évaluer les affections psychopathologiques. Ce questionnaire, qui constitue la forme abrégée de la Symptom Checklist List 90-R [SCL-90-R] de Derogatis et Cleary (1977) est constitué de 53 items et permet l'évaluation de 9 types de symptômes psychologiques : la somatisation, le trouble obsessionnel-compulsif, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'anxiété phobique, le mode de pensée persécutoire et le psychotisme. Cet outil, relativement fiable et valide (Aroian et Patsdaughter, 1989 cités par Derogatis, 2001) est utilisé dans des contextes cliniques et de counseling comme outil de dépistage des troubles mentaux et comme méthode pour mesurer la diminution des symptômes suite aux traitements prodigués.

En outre, l'évaluation des aspects psychopathologiques peut se faire par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs (Knight et al., 2008; Nicholas & Veatch, 2000). L'intérêt de l'utilisation d'entretiens dans la détection de ces troubles réside dans le fait de considérer le patient dans sa globalité et non seulement dans sa maladie, chaque sujet traversant sa maladie de façon unique. De plus, l'écoute active, associée à ces techniques, permet une expression émotionnelle du patient et donc une meilleure perception de son vécu (Ryan et al., 2005). En effet, l'entretien clinique permet une communication indirecte des émotions du patient, notamment, à travers leur comportement non verbal, par exemple : le regard, la posture, la parole, les attitudes (Stiefel, Rouselle, Guex, & Bernard, 2007).

1.4 Les stratégies de coping

Comme nous venons de le décrire, le cancer génère toute une série de besoins et de la détresse qui, lorsqu'ils deviennent débordants conduit à l'apparition de troubles psychopathologiques. Cependant, ce stress, généré par la maladie et tout ce qui l'entoure,

peut aussi ne pas conduire à ces réactions négatives ; dans ce cas, le patient fait preuve d'ajustement, utilisant pour cela des stratégies de coping efficaces.

1.4.1 Définition du coping

Pour mieux définir le concept de coping, il est essentiel de clarifier la notion de stress. En effet, avant d'introduire le concept de coping, Lazarus et Folkman (1984) se sont écartés de la notion d'événement stressant pour se centrer sur le concept de stress perçu. Celui-ci est défini comme étant « une transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être » (Lazarus & Folkman, 1984, p. 19). Selon Bruchon-Schweitzer (2001), cette première étape a été indispensable dans la conceptualisation du coping. En effet, l'individu ne subit pas les événements stressants mais essaie de faire face à ces derniers. Dans cette conception, le coping, qui signifie « faire face » en anglais, est « la réponse que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p 68).

Les stratégies de coping, qui sont également appelées « stratégies d'ajustement », doivent par ailleurs être différenciées des mécanismes de défense (Freud, 1915) et du concept d'adaptation (Simonet, 2009). En effet, à l'inverse des mécanismes de défense, qui sont des mécanismes rigides et inconscients, liés à des conflits intra-psychiques et à des événements de vie anciens (Haan, 1977 cité par Bruchon-Schweitzer, 2001), les stratégies de coping sont flexibles, conscientes et différenciées, à savoir qu'elles sont spécifiques par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre un individu et son environnement.

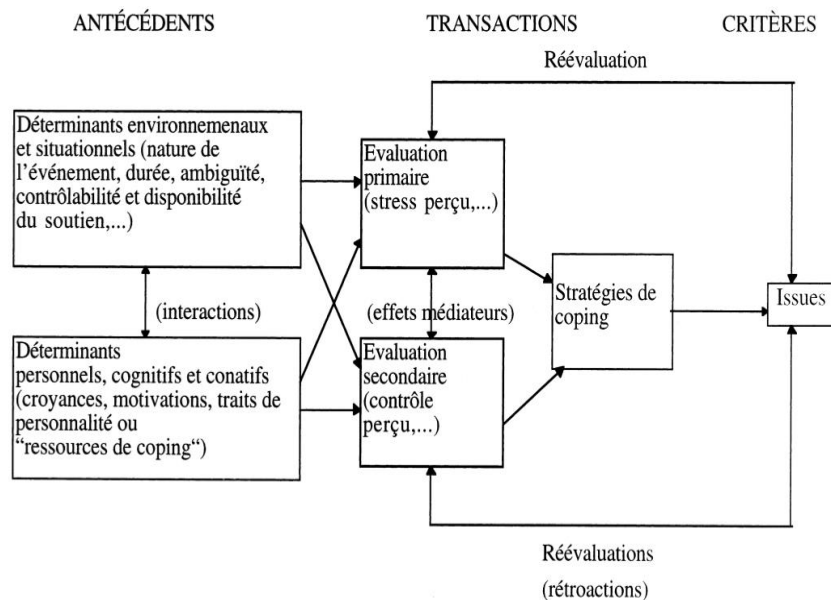
Par ailleurs, si les stratégies de coping sont des mécanismes d'ajustement spécifiques, c'est-à-dire qu'elles ne concernent que les réactions à des variations de l'environnement évaluées comme stressantes, elles se différencient de l'adaptation qui est un mécanisme mis en action suite à un nouvel événement. En effet, l'adaptation renvoie d'une part aux modifications des conduites qui visent à assurer l'équilibre des relations entre l'organisme et ses milieux de vie et, d'autre part, aux mécanismes et aux processus qui sous-tendent ce phénomène (Bloch et al., 1999). Dans ce contexte, l'adaptation, qui inclut toute une série de réactions face à un environnement, comme par exemple, l'émotion, la motivation, l'apprentissage (Simonet, 2009), se réfère aux variables d'ajustement mais pas aux stratégies mises en place par le patient pour faire face.

A partir de cette conceptualisation, Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources » (p. 141) Dès lors, selon ces auteurs, le coping est un processus et non une caractéristique stable de l'individu, pouvant parfois être efficace ou inefficace selon la situation. Razavi et Delvaux (2002) rejoignent d'ailleurs cette conception en affirmant que les stratégies de coping, mobilisées consciemment par le patient souffrant de cancer, peuvent évoluer dans le temps. De ce fait,

même si une stratégie peut paraître inefficace dans un premier temps, elle peut toutefois devenir opérante par la suite.

En outre, afin d'encore mieux appréhender le fonctionnement des stratégies de coping, nous pouvons nous référer à la figure 1 qui reprend les différentes étapes et déterminants du coping (Bruchon-Schweitzer, 2001). Il existe dans ce processus deux phases d'évaluation : l'évaluation primaire, qui permet l'évaluation de la situation et l'évaluation secondaire, qui permet au patient d'étudier de quelles ressources il dispose et laquelle serait efficace pour faire face à la situation stressante. En outre, il y a également deux types de déterminants : les déterminants environnementaux, situationnels qui définissent notamment la nature de l'événement à savoir, est-il contrôlable et les déterminants personnels qui traitent des croyances du sujet, de sa motivation, de son lieu de contrôle, mais aussi de certaines dispositions personnelles, dont par exemple, l'endurance, les émotions, les traits de personnalité. Suite aux évaluations face à la situation stressante, le patient aura le choix entre deux techniques pour lui permettre de gérer son stress : un coping orienté vers le problème et surtout l'idée que ce dernier soit probablement modifiable, ne serait-ce qu'en partie ; et un coping axé sur l'émotion, qui peut être modifiée si la situation elle-même n'a aucune chance de l'être (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Figure 1. Les étapes et les déterminants du processus de coping (Bruchon-Schweitzer, 2001)



1.4.2 Les stratégies de coping en cancérologie

a. Evaluation du coping

Afin d'évaluer les stratégies de coping en cancérologie, il existe différentes échelles validées. Parmi celles-ci, deux échelles sont fréquemment utilisées dans la littérature en psycho-oncologie : la Mental Adjustment to Cancer Scale [MAC-Scale] de Watson et al. (1988) et la Coping with Health Injuries and Problems [CHIP] de Endler et al. (1998). La MAC-Scale est constituée de 40 items, qui évaluent cinq façons de réagir à la maladie : (1) l'esprit combatif, qui est défini comme étant la capacité d'une personne à considérer la maladie comme un défi et qui conduit à une vision optimiste de l'avenir ; (2) l'impuissance-désespoir qui renvoie à l'idée que la maladie est une peine perdue et, de ce fait, se traduit par une vision pessimiste de l'avenir ; (3) les préoccupations anxieuses qui traduisent une anxiété associée au diagnostic et au pronostic de cancer, renvoyant à l'idée que la maladie semble difficilement maitrisable, (4) le fatalisme qui est associé à une minimisation du diagnostic et de ce fait à une acceptation passive de celle-ci ; et (5) le déni, qui est traduit comme une méthode d'ajustement permettant de minimiser la menace de la maladie et qui propose une vision positive de l'avenir. Cette échelle a par ailleurs été révisée par Watson et al. (1994), qui a développé une version courte de la MAC constituée de 29 items, « la mini-Mac ». Cette nouvelle échelle n'est toutefois pas qu'une simple version abrégée de la MAC dans la mesure où Watson et al. (1994) ont remplacé les sous-échelles de fatalisme et de déni par celle d'évitement. Cependant, si cette échelle est utilisée en cancérologie et qu'elle a été traduite et validée dans plusieurs langues (Cayrou et al., 2001), elle est toutefois critiquée pour sa pertinence. Parmi les détracteurs de cette échelle, Cayrou et al. (2003) avancent entre autres des arguments relatifs à un manque de compréhension des items en fonction des cultures et une confusion possible dans la cotation de certains items. De plus, les stratégies « impuissance-désespoir » et « préoccupations anxieuses » peuvent facilement être prises comme des critères de mauvais ajustement et non comme du coping.

Une autre échelle, la CHIP de Endler et al. (1998), est également utilisée et a été validée auprès de patients souffrant d'un cancer. D'ailleurs, Endler et al. (1998) ont créé initialement cette échelle pour évaluer le coping auprès de la population cancéreuse. Etant donné son succès et sa bonne validité, elle a par la suite été utilisée pour de nombreuses autres pathologies somatiques (Montel & Bungener, 2010). Cette échelle, qui est constituée de 32 items, permet d'évaluer quatre stratégies de coping. La première, le coping « préoccupation émotionnelle », consiste en une concentration du patient sur les conséquences émotionnelles du problème de santé, s'apparentant à une auto-préoccupation. La seconde stratégie, le coping « instrumental », renvoie à une concentration du patient sur les stratégies qui lui permettront de faire face à la maladie. Cette stratégie, considérée comme un coping orienté sur le problème, se traduit concrètement dans la recherche d'aide ou d'informations sur la maladie. La troisième stratégie de la CHIP, le coping « distractif », reflète l'utilisation des actions et des cognitions qui permettent d'éviter la préoccupation avec le problème de santé. Ce coping orienté vers l'évitement des émotions se traduit par exemple par le fait de « penser à » ou de s'engager dans des activités agréables. Enfin, la

dernière stratégie, le coping « palliatif » est utilisé par le patient pour changer son environnement ; par exemple, en prenant beaucoup de repos, en changeant ses croyances sur la maladie. Cette échelle a été largement étudiée et plébiscitée pour sa stabilité temporelle et sa validité (Endler et al., 1998). Elle a par ailleurs été traduite en français et validée pour le cancer par Jadoulle et al. (2006).

b. Le coping en cancérologie

Etant donné les outils dont il dispose, le psycho-oncologue est capable d'identifier les stratégies de coping que le patient va utiliser pour faire face au stress du cancer. Il est toutefois important de catégoriser ces stratégies pour mieux comprendre le processus d'ajustement du patient et pour veiller à ce que ces stratégies soient efficaces. Lazarus et Folkman (1984) différencient le coping centré sur les émotions et le coping centré sur le problème. Afin de définir le coping en cancérologie, nous nous référons à cette distinction. Dans un contexte de cancer, le coping centré sur les émotions, qui est sous-tendu par des processus cognitifs dirigés vers une diminution de la détresse ou des processus cognitifs de réévaluations positives, peut s'avérer efficace lors de la confrontation au diagnostic (Razavi & Delvaux, 2008). En effet, dans certains cas, les patients atteints d'un cancer émettent les réactions suivantes : « il aurait pu m'arriver pire », « le cancer aurait pu être généralisé ». Cependant, le processus cognitif peut également s'avérer inefficace voire même engendrer, chez le patient, une augmentation de sa détresse à travers de l'auto-accusation ou de la culpabilité : « je n'aurais pas dû fumer », « j'aurais dû faire des examens plus tôt ». Cayrou et al. (2001) rejoignent également cette observation, en démontrant dans leurs recherches que le coping centré sur les conséquences émotionnelles de la maladie cancéreuse, tels que l'impuissance-désespoir et une préoccupation affective ou anxieuse, conduit à un niveau plus élevé de détresse.

Aussi, si le coping centré sur l'émotion est utile dans des situations où le facteur de stress est incontrôlable, comme par exemple la confrontation à un cancer, il peut également s'avérer inefficace étant donné l'intensité de l'émotion ressentie. Le coping centré sur le problème peut à l'inverse réduire la détresse de manière significative selon Razavi & Delvaux (2008). En effet, même si le facteur de stress est incontrôlable au sens propre, le fait de se soigner en acceptant des traitements anticancéreux, de prendre part à des traitements complémentaires comme l'homéopathie, par exemple, peut être relativement opérant. Les études de Paulhan (1994) vont d'ailleurs dans ce sens en démontrant que ce type de stratégie était souvent accompagné d'un faible niveau de détresse et d'un bon pronostic des difficultés psychologiques.

De plus, de nombreux auteurs ont mis en évidence l'intérêt de certaines stratégies en lien avec la notion de contrôle : le lieu de contrôle (locus of control) interne renvoie à une croyance par rapport au contrôle que le patient peut avoir, et le lieu de contrôle externe renvoie à l'inverse, à un contrôle que le patient ne peut pas avoir. La recherche de sens fait partie de ces stratégies en lien avec le lieu de contrôle interne qui diminue le stress lié au diagnostic de cancer (Razavi & Delvaux, 2008). Par ailleurs, au-delà du contrôle, l'optimisme, qui se définit comme une « tendance à prendre les choses du bon côté, à être

confiant dans l'avenir » (Larousse, 2004, p. 719) et l'auto-efficacité, qui est une croyance selon laquelle le patient a la capacité de réaliser quelque chose ou de pouvoir surmonter l'obstacle, sont aussi représentatifs de stratégies amplement utilisées chez les patients confrontés à des traitements anti-cancéreux et qui s'avère efficace (Razavi & Delvaux., 2008).

1.5 Conclusion

Pour conclure, si de nombreux auteurs ont étudié la question du coping en cancérologie, traitant des stratégies en jeu chez le patient atteint d'un cancer et de leurs intérêts sur la détresse émotionnelle, d'autres ont permis de définir le rôle du psycho-oncologue dans l'accompagnement de ces stratégies. Selon Razavi et Delvaux (2008), un premier temps du travail psycho-oncologique consiste en une évaluation des stratégies de coping, notamment en observant si le patient en possède suffisamment pour répondre de manière adéquate au stress généré par le cancer et, en lui permettant de considérer des réponses alternatives. Ensuite, un second temps du travail permet au psychologue d'aider le patient à accroître l'efficacité des réponses à ces stratégies et ainsi élargir le répertoire des réponses qui pourront être utiles pour s'ajuster à ce contexte. Cependant, l'aide à l'ajustement du patient ne représente qu'une partie de l'accompagnement psychologique en cancérologie, l'accompagnement psycho-oncologique revêtant de nombreux aspects qui seront décrits ci-après.

2. Quel accompagnement psychologique pour aider le patient atteint d'un cancer ? ¹

2.1 Introduction

Si le premier objectif de l'axe 4 du plan cancer s'articule autour de la question de l'évaluation des besoins et de la détresse, les autres objectifs concernent l'accompagnement et le bien-être du patient. L'accompagnement psycho-oncologique s'inscrit donc dans la démarche d'humanisation des soins implantée à l'hôpital général, notamment dans les différents centres anticancéreux. Cette conception d'humanisation des soins hospitaliers renvoie à l'idée même de rendre ces soins plus humains (Gravel, 2005). Ce sont d'ailleurs les soins palliatifs qui ont été à l'origine de ces conceptions sur l'humanisation des soins en milieu hospitalier. Dans ces unités, l'humanité est confrontée à la mort, ce qui conduit les soignants à s'interroger sur la manière de « rendre humain la mort ». Ainsi, en Belgique, parallèlement aux lois sur le droit des patients et la dépénalisation de l'euthanasie, une loi relative aux soins palliatifs a été votée en 2002, reconnaissant à tout citoyen le droit de bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie (SPF Santé, 2002). En France, les travaux de De hennezel (2003) et sa mission auprès du

¹ A l'exception de 2.3.5, cette section est issue de l'article publié : Ogez, D., Zech, E. Machiels, J.,-P., Luts, A., de Timary, Ph. (2012). La double affiliation du psycho-oncologue : entre cancérologie et psychiatrie de liaison. *Acta Psychiatrica*, 112(3), 12-19.

ministère de la santé, qui ont conduit à un rapport sur la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie en 2005, a eu un impact important sur les soignants dans les hôpitaux généraux. Diverses associations ont dès lors vu le jour afin de revendiquer la formation des soignants et la transmission des techniques qui permettent de préserver de l'humanité au cœur des soins médicaux. Le Plan National Cancer Belge (Onckelinx, 2008) s'inscrit également dans cette lignée, notamment à travers la reconnaissance de la nécessité de l'activité psycho-oncologique au sein des hôpitaux belges et la formation des psychologues cliniciens.

La psycho-oncologie, développée dans ce contexte d'humanisation, est une pratique de la psychologie clinique et de la santé qui consiste à prendre en compte les dimensions psychologiques, psychiatriques, comportementales, familiales et sociales du patient (Razavi & Delvaux, 2002). Tout intervenant en cancérologie, qui tient compte de ces dimensions, fait donc de la psycho-oncologie. Toutefois, les intervenants psycho-sociaux et plus particulièrement les psychologues et les psychiatres, de par leurs formations et les outils qu'ils ont acquis, interviendront plus spécifiquement dans ce domaine.

Afin de définir ce champ de la psychologie clinique et de la santé, nous développerons, à travers ce chapitre, le contexte hospitalier dans lequel évolue le psycho-oncologue, ses activités cliniques et enfin, son activité de liaison au sein de l'équipe multidisciplinaire ou transdisciplinaire (Chocard et al., 2005).

2.2 Contexte hospitalier dans lequel évolue le psycho-oncologue

Si aujourd'hui, un intérêt politique et scientifique dans la recherche d'humanisation des soins hospitaliers est perceptible, c'est parce que les déficits de l'humanisation de soins sont patents dans l'hôpital actuel, et ce, selon plusieurs hypothèses qui seront exposées dans cette section : la tendance toujours plus développée à l'hyper-spécialisation des disciplines médicales, les « rudesses » du cadre hospitalier et les contraintes que la société et ses exigences font peser sur l'hôpital.

2.2.1 L'hyperspécialisation

La qualité des soins que reçoivent les patients ne dépend pas uniquement de la justesse des actes techniques qui lui sont prodigués. En effet, pour que le patient puisse accueillir sereinement ces actes parfois douloureux, il est nécessaire qu'il ait le sentiment d'être pris en charge de manière globale, que sa personne propre soit prise en compte dans ce processus de soins. Mais qu'est ce qui est nécessaire pour cette prise en charge globale ? La médecine actuelle, par les progrès de la recherche, confie généralement à des spécialistes différents les actes techniques complexes que nécessitent l'accompagnement optimal du patient. Si l'organisation des soins se borne à ces actes techniques, le patient rencontrera une multitude de spécialistes qui traiteront chacun d'un volet spécifique à son activité, mais qui ne traiteront pas avec la personne elle-même. Le travers de cette hyperspécialisation est donc une forme de déshumanisation des soins. En effet, la qualité des soins ne peut se résumer à la qualité des actes techniques, si ceux-ci sont effectués un à un, sans que des

intervenants viennent relier entre eux ces différents actes et leur donner un sens par rapport à l'histoire de la maladie de ce patient, au moment où il les reçoit. L'être humain est doté d'un jugement et ne peut se contenter de subir les agressions des actes techniques, si d'une part elles n'ont pas chacune un sens et si d'autre part il n'a pas le sentiment qu'on a tenu compte de sa personne au moment où il les reçoit. A cette nécessaire tendance à l'hyperspécialisation qu'impliquent les progrès de la médecine doit donc répondre un effort aussi nécessaire de coordination et de communication entre les intervenants et une prise en compte du patient, de ses craintes, ses attentes et ses questions. Nous ne soignons pas une maladie mais bien un malade : la vision humaniste des services de soins de santé est de s'adresser à chaque personne dans sa globalité et non comme si l'on s'adressait à un organe défectueux.

Du côté des soignants, avec la spécialisation croissante des abords médicaux, les différents intervenants ont souvent tendance à se cantonner à leur propre discipline, adressant le patient à un confrère une fois que la question, qui lui est propre, a été élucidée. Si la logique de l'hyperspécialisation est poussée à l'extrême, les aspects humains pourraient même être confiés à la seule intervention du psychiatre ou du psychologue. Pourtant, la question des vécus psychologiques et toute la question de la communication ne peuvent pas être les seuls apanages du psychologue ou du psychiatre, à qui le système médical pourrait confier cette mission, comme si elle pouvait être détachée du reste des soins. Cependant, cette tendance que nous rencontrons bien souvent à confier « aux pys » les questions psychologiques et de communication, ne traduisent pas seulement un déficit de l'organisation des soins. En effet, les mécanismes de défense de certains soignants face à une situation médicale critique et le manque de formation à la relation des soignants peuvent probablement expliquer l'évitement de ce dialogue qui devrait s'instaurer dans chaque consultation médicale. Ces insuffisances de l'implication de certains médecins dans « la question humaine » participent probablement à la tendance à l'hyperspécialisation, dont le corollaire est de confier la question humaine à des « spécialistes ».

Toutefois, les résultats d'une étude de Razavi (2005) sont édifiants quant à l'attente des patients cancéreux. Le chercheur a interrogé 980 personnes ayant reçu un diagnostic de cancer sur leurs attentes en terme de soutien psychologique. L'attente d'aide de leur médecin spécialiste représente 78 % des cas, devant le soutien de ses proches (le conjoint, 68 % ; les amis, 51 % et les enfants, 51%). En ce qui concerne le psychologue et le psychiatre, respectivement, 14% et 2% de cette population y ferait appel. Cette observation souligne bien que les patients ont une attente très importante envers les médecins qui s'occupent de leur cancer, essentiellement au moment du diagnostic. Par ailleurs, il est possible que les préjugés des patients concernant les professions de « psy » et leur résistance à un travail psychique puissent expliquer le peu d'engouement pour les disciplines « psy ». Ces chiffres illustrent l'importance de cette première ligne que représente le monde médical et, donc l'importance de la formation à la relation des médecins.

Cette tendance générale à l'hyperspécialisation du monde médical peut expliquer l'intérêt que nous portons au développement d'un modèle de soins transdisciplinaire. La

transdisciplinarité doit être distinguée de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité (Basarab, 1996). Dans une approche multidisciplinaire, chaque discipline traite ou soigne les symptômes propres à sa pratique en fonction de son expertise (Euller-Ziegler & Ziegler, 2001). La dimension globale du patient n'est pas prise en compte, celui-ci étant perçu comme une somme de difficultés qui, chacune, est abordée par une discipline particulière. Le multidisciplinaire ne réclame pas d'interactions entre les soignants. Dans une approche interdisciplinaire, il y a une concertation entre collègues, une reconnaissance mutuelle des compétences et une remise en question de son propre fonctionnement (Basarab, 1996). Dans ce cas de figure, l'objectif est commun : une prise en charge globale du patient, mais dans laquelle celui-ci ne participe pas aux concertations.

Le transdisciplinaire se définit comme proche de l'interdisciplinaire mais avec un estompage des disciplines, dans les sens que les interactions sont nombreuses et que par ailleurs, les activités ne sont pas assumées de manière exclusive par les différentes spécialités (Basarab, 1996). Par exemple, un chirurgien pourra tout à fait assumer une partie de la dimension psy de la prise en charge par une attitude d'écoute et une invitation à la parole. Par ailleurs, le patient et son environnement seront parties prenantes de la démarche de soins. L'accompagnement du patient n'est plus compris comme une chaîne composée de maillons successifs, mais comme un processus d'interactions permanentes entre les différents spécialistes, médicaux et paramédicaux, et par la participation active du patient lui-même. L'approche transdisciplinaire permet de pousser plus loin l'idée même d'humanisation puisqu'en plus de permettre une prise en charge globale, elle accompagne le patient tout en lui donnant une place d'acteur de ses soins. La notion de communication prend tout son sens lorsque l'on parle de transdisciplinaire.

2.2.2 Le cadre hospitalier

Dans la majorité des cas, lorsqu'un individu tombe malade, il n'y est pas préparé. Un temps d'intégration psychique de la maladie qui l'affecte lui est dès lors essentiel. En plus de la confrontation brutale à la maladie, il doit aussi se confronter à un cadre de soins qui ne lui est pas familier alors qu'il aurait besoin de se retrouver dans un cadre rassurant et simple. Ce n'est pas le cas du cadre hospitalier. Qu'y a-t-il de rassurant à se retrouver dans une unité de cancérologie où les concepts de mort et de douleur sont omniprésents ? Qu'y a-t-il de rassurant à se retrouver enfermé dans quelques mètres carrés, dans un lit, connecté à une perfusion à travers laquelle coule un produit que l'on redoute ? Qu'y a-t-il de rassurant à être dépendant d'autres personnes, que nous connaissons ou pas, même s'il s'agit de professionnels ?

La prise de conscience des difficultés du patient à s'adapter au contexte hospitalier jouera un rôle important dans l'humanisation des soins et fait depuis peu l'objet d'une réflexion des équipes d'oncologie. Ainsi, en oncologie, la mise en place de toute une série de soins non médicaux vient pallier aux manques de ce cadre trop abrupte : le passage d'une esthéticienne, des séances de massages, l'écoute de bénévoles en sont des exemples. Le psychologue proposera de toute évidence au patient un soutien qui sera complémentaire

à ces écoutes médicales et non médicales. Son intervention aura cependant une spécificité qui sera développée ultérieurement.

2.2.3 Les contraintes de la société actuelle

Pris par les nécessités du fonctionnement de l'entreprise, l'hôpital semble fonctionner comme une fourmilière dans laquelle de nombreux corps de métiers s'agitent. Courir et accueillir de plus en plus de malades sont autant de facteurs qui vont à l'encontre du bien-être psychologique du patient. L'accroissement du nombre des malades atteints du cancer et la complexité des soins médicaux oncologiques ne permet plus aux médecins de proposer un temps d'écoute suffisant, et ceci souvent malgré eux. De plus, face à l'augmentation du nombre de malades, la pénurie du personnel infirmier et médical devient un vrai problème de société. Même si le politique est interpellé par cette question, les années de crise actuelles et l'enveloppe budgétaire stricte allouée aux soins de santé rend difficile la recherche d'une réponse à ces carences. Toutefois, le Plan National Cancer qui a été mis en place en Belgique en 2008 est une réponse aux besoins de la société. Ce plan visait à engager des spécialistes de l'humain dans ces unités médicales, ce qui a permis de faire progresser l'humanisation des soins, malgré un contexte socio-économique défavorable.

2.3 L'activité clinique du psycho-oncologue

C'est dans un contexte pourvu d'une tendance constante à la spécialisation, d'une médecine pointue et très spécialisée qui se pratique dans un cadre hospitalier relativement difficile et évoluant sur un modèle d'entreprise, que le patient vit sa maladie et que le psycho-oncologue l'accompagne. Dans ce contexte, l'activité clinique psycho-oncologique sera dès lors orientée par une attention centrée sur le patient, venant ainsi contrebalancer la tendance déshumanisante de l'hôpital général. Par conséquent, le psycho-oncologue, par le biais d'une évaluation, a pour fonction notamment d'être attentif au parcours de vie du patient avant l'apparition de la maladie. En effet, le plus souvent, c'est parce que le patient a développé des fragilités dans son passé, qu'il risque d'avoir plus de difficultés à traverser certaines épreuves sensibles. De ce fait, une attitude de prévention permettrait d'identifier et de traiter les répercussions négatives que le diagnostic de cancer pourrait avoir sur le psychisme du patient (Saltel, 2002). En l'accompagnant au mieux, le psychologue va permettre au patient, dans la mesure du possible, de rester lui-même et conserver sa liberté de décision et ce, malgré la situation médicale. Cet effet bénéfique des interventions psycho-oncologiques a d'ailleurs été mis en évidence dans plusieurs études (e.g., Kissane, 2007; Reheuse & Andpukrop, 2003; Sheard & Maguire, 1999).

Cette section s'articule autour de la pratique du psychologue dans l'accompagnement du patient malade d'un cancer, notamment en distinguant sa spécificité à celle des autres soignants. Ainsi, les différents aspects de l'accompagnement seront abordés à savoir : l'évaluation, l'accompagnement psychologique, la psychothérapie et le traitement des troubles psychopathologiques.

2.3.1 L'évaluation

Au début des rencontres, le patient est invité à parler de lui, notamment en relatant son histoire, partageant par ailleurs l'expérience du cancer et le fait que cette maladie peut, dans certaines situations, altérer irrémédiablement sa vie. Dans ce contexte, le patient traite de ses capacités d'adaptation et, éventuellement, des moments où ces aptitudes sont dépassées (troubles de l'adaptation, troubles anxieux, troubles de l'humeur) (Breitbart & Alici, 2009). Dans ce cas, cette première évaluation préventive peut conduire à une détection précoce des émotions générées par le cancer (Bultz & Carlson, 2006), celles-ci pouvant affecter ces stratégies d'adaptation, mais également fragiliser les relations du patient voire même, permettre à d'autres inquiétudes d'apparaître et qu'il est utile et parfois nécessaire d'identifier. Ce processus non seulement informe le professionnel mais aussi le patient, qui, prenant conscience de ses problèmes, pourra peut-être mobiliser des ressources insoupçonnées et ainsi faire face à une souffrance générée par le cancer (Jadoulle et al., 2006). Il débute alors un accompagnement psychologique.

2.3.2 L'accompagnement ou le soutien psychologique

Accompagner et soutenir, c'est surtout permettre au patient de garder une place en tant que sujet et non en tant qu'« objet malade ». En effet, dans l'univers hospitalier, la question du corps est centrale. C'est d'ailleurs pour soigner ce corps que le patient consulte les médecins somaticiens. Lors de l'annonce d'un cancer, le corps malade prend alors toute la place en délaissant la personne en tant qu'individu à part entière (Razavi, 2005). L'intervention psychologique a pour finalité de rendre au malade cette place de sujet (Ferrant, 2004). Nous ne parlons pas uniquement du corps et de la maladie mais également de l'histoire du patient. C'est en effet en se décentrant de la question du corps que le psycho-oncologue parviendra à maintenir de l'humanité dans les soins.

En se décentrant du corps en souffrance, nous pourrions identifier, à travers ce qui est dit, la manière dont le patient réagit de manière générale, dans la vie. Plus spécifiquement, cette attitude psychologique apprendra sa façon de gérer sa maladie. Les personnes développent depuis leur enfance des stratégies de coping qui, dans certains cas permettent de « faire face » à toute sorte de situations (Bruchon-Schweitzer, 2001). L'accompagnement psychologique consiste à aider le patient à développer et utiliser ses propres ressources afin de faire face à la maladie. En cancérologie, le « soutien psychologique » mobilise les ressources du patient et de son entourage afin qu'ils puissent trouver l'impulsion et l'énergie nécessaire pour favoriser l'adaptation à la maladie et à ses différentes répercussions dans la vie du sujet (Spiegel et al., 2007).

Les outils utilisés par le psycho-oncologue sont essentiellement la parole et l'écoute (Saltel, 2002). La parole du patient est indispensable à une prise en charge transdisciplinaire dans la mesure où elle le positionne au centre du projet médical, lui permettant de s'exprimer. L'écoute psychologique, proche de ce que Freud a appelé « l'attention flottante » permet d'entendre le discours latent du patient, ses craintes réelles (de Mijolla, 2005). Il paraît de ce fait indispensable d'amener le patient à exprimer ses sentiments, ses

difficultés, ses besoins. « S'exprimer » aide le patient à mobiliser ses propres ressources, à digérer psychiquement les difficultés rencontrées. L'aptitude d'évaluation du psychologue est également essentielle dans une perspective psycho-oncologique. Il est en effet important d'explorer les stratégies de coping mis en place par le patient et d'évaluer si ceux-ci lui permettent de faire face à la situation traumatique qu'est la maladie cancéreuse. Le déni est une stratégie de coping efficace en oncologie (Jadoulle et al., 2006 ; Razavi & Delvaux, 2008). Il est important dans un premier temps pour le patient de « se défendre » contre un diagnostic de cancer pour entamer une prise en charge oncologique, cette dernière suscitant inévitablement des craintes. Toutefois, si le déni s'avère persistant, il peut aller à l'encontre d'une compliance au traitement et mettre le patient en danger physiquement, en plus d'un éventuel risque de décompensation anxieuse ou dépressive majeure.

2.3.3 La psychothérapie

Le soutien psychologique peut évoluer vers une relation psychothérapeutique qui soutient une élaboration psychique (Ferrant, 2004). A un moment particulier de sa vie, tout individu est confronté à un questionnement sur son identité, son passé, son avenir. L'annonce d'un diagnostic de cancer est un de ces moments clé de la vie d'une personne qui risque de changer sa perception du monde (Bacqué, 2000).

Bacqué (2000) développe le concept de « deuil de l'invulnérabilité ». « Le sentiment d'invulnérabilité est étroitement lié à l'impression d'être en bonne santé » (p. 131). Il est vrai, d'une part, que nous ne pensons jamais à la question de la santé tant que nous ne sommes pas malades et, que d'autre part, nous ne pensons pas à la mort tant que celle-ci reste loin de notre réalité. Ainsi, cette rencontre avec le diagnostic de cancer, maladie régulièrement associée à « l'idée de mort », peut conduire les patients à entamer une prise en charge psychothérapeutique, le plus souvent à la fin des traitements, lors de leur rémission (Coyne, 2007). Ce travail peut aider à refermer des plaies et permettre à nouveau d'avancer à nouveau vers la vie, dans une perspective de recherche de sens et de prise de conscience personnelle, après que le sentiment d'invulnérabilité ait été perdu.

2.3.4 La prise en charge des troubles psychopathologiques

Si le diagnostic de cancer n'est pas simple à entendre dans la mesure où, comme on vient de le souligner, il renvoie le patient à l'idée de perte, des mécanismes d'adaptation permettront cependant de trouver une réponse à la situation anxiogène liée à cette annonce. Toutefois, il est possible que, dans certains cas, l'appareil psychique ne parvienne pas à répondre à cet événement traumatique et que les patients, comme nous l'avons abondamment abordé précédemment, développent de la détresse, des troubles de l'adaptation voire des troubles anxieux et/ou dépressifs. Dans ce cas, il est souvent nécessaire qu'un suivi psychologique soit instauré afin de travailler sur ces failles défensives. Une collaboration avec un psychiatre peut alors s'avérer utile dans la mesure où divers troubles psychiatriques peuvent émerger en conséquence d'un système de défense psychique défaillant. Le psychiatre pourra alors s'interroger sur la nécessité ou non d'une aide médicamenteuse en complément du travail de soutien du psychologue.

2.3.5 Les types d'intervention

Les conséquences psychologiques liées au cancer, qui ont été largement décrites dans la première partie de cette introduction théorique, ont rendu nécessaire le développement des approches psychologiques en cancérologie. Cette activité clinique multi-axiale (évaluation, accompagnement, psychothérapie et psychiatrique) peut se présenter sous différentes formes, soit en fonction des courants théoriques cliniques (par exemple, psychanalytique, systémique, cognitivo-comportemental, humaniste), soit selon que l'accompagnement est individuel ou de groupe.

Toutefois, quel que soit le type d'activité, l'intervention psycho-oncologique, qui correspond à l'ensemble des moyens psychologiques qui peuvent être mis en œuvre dans un but thérapeutique (Guyotat, 1978 cité par Razavi & Delvaux, 2008), s'articule généralement autour de trois dimensions : (1) l'information et l'éducation du patient et de sa famille, (2) le soutien et le conseil, (3) la mise au point diagnostique. En lien avec ces dimensions d'intervention, Razavi et Delvaux. (2008) ont défini une série non exhaustive d'activités concrètes qui régissent l'accompagnement psychologique en cancérologie. Parmi de nombreux buts à l'intervention psychologique, Razavi et Delvaux (2008) citent entre autres le fait que cette intervention permet : (1) une expression/verbalisation des émotions, (2) une correction des attributions erronées au cancer et des dramatisations, (3) une mobilisation des stratégies de coping et la prise de conscience de leur efficacité sur le stress, (4) le développement ou la prise de conscience des ressources internes et externes, (5) une détente physique et psychologique et (6) une meilleure communication tant avec les médecins que l'entourage. Ces nombreux buts trouvent notamment leur origine à travers les divers courants thérapeutiques utilisés en psycho-oncologie.

Dans cette section, nous ne traiterons que des interventions individuelles menées auprès du patient en développant notamment la thérapie psychanalytique et l'approche humaniste, centrée sur la personne, qui permettent un soutien et une expression émotionnelle. Ensuite, nous développerons brièvement les thérapies cognitivo-comportementales [TCC], et notamment les techniques axées sur la relaxation et la gestion de l'anxiété.

a. La thérapie psychanalytique

L'approche psychanalytique, dérivée de la psychanalyse correspond à un travail émotionnel dans le domaine du cancer. Aussi, si habituellement ce courant thérapeutique se veut libre, par l'intermédiaire de la technique d'association libre et d'une écoute flottante (Freud, 1953), elle sera tout de même plus directive en psycho-oncologie. En effet, selon Kübler-Ross (1969), il est important que cette démarche se démarque de la cure analytique type et qu'elle soit plus directive, en associant même des activités de conseil à une fonction de soutien. D'ailleurs, cette activité est relativement présente en phase terminale et en soins palliatifs (Kübler-Ross, 1969) et elle permet de travailler le processus de deuil, qu'il soit de la bonne santé ou de la vie (Bacqué, 2000).

En outre, si cette démarche a pour but de permettre une expression émotionnelle, elle réside essentiellement sur la relation de confiance, rejoignant les concepts de transfert et de

contre-transfert développés par Freud. En effet, dans ce contexte clinique, s'il est essentiel de permettre aux émotions d'être exprimées, il est aussi important d'être attentif aux aspects transférentiels et contre-transférentiels notamment dans l'émotion reçue et l'impuissance dans laquelle nous met le malade (Ferrant, 2004). De plus, comme pour le travail analytique, cette intervention passe par l'importance pour le patient de parler de son passé, afin d'éclairer au mieux le psychologue sur le vécu du patient, ses difficultés mais aussi ses ressources.

L'efficacité des techniques psychodynamiques a été démontrée sur la détresse, notamment par une étude effectuée par Classen et al. (2001). Ces auteurs ont évalué l'impact des techniques psycho-oncologiques psychodynamiques en comparant des patientes atteintes d'un cancer du sein ayant reçu cette intervention à un groupe contrôle qui suivait des séances d'éducation thérapeutique. Les résultats de cette étude ont montré que le groupe test avait après l'intervention une détresse plus basse que le groupe contrôle (Classen et al., 2001).

b. La thérapie humaniste

A l'instar de la thérapie psychanalytique, l'approche humaniste est souvent utilisée comme soutien à l'expression émotionnelle en cancérologie. Selon cette conception thérapeutique, le thérapeute mise sur les capacités de la personne à comprendre ses difficultés, trouver ses propres solutions et par conséquent, apporter les changements adaptés à la difficulté (Elliott, Watson, Greenberg, Timulak, & Freire, 2013). Cette orientation thérapeutique, qui se centre sur le présent, se base sur l'importance de la relation thérapeutique. En effet, selon Rogers, la relation peut être considérée comme le principal outil de changement (Rogers, 1961). C'est dans la relation entre le patient et le thérapeute, que le malade vit une expérience nouvelle dans laquelle il peut se permettre de redécouvrir qui il est et ainsi poursuivre son développement qui était jusqu'alors interrompu, par exemple par la maladie cancéreuse.

Aussi, de nombreuses études ont été effectuées afin d'évaluer l'efficacité des thérapies humanistes en cancérologie et ce, dans une prise en charge individuelle, de couple et/ou de groupe. A un niveau individuel, les interventions psychothérapeutiques centrées sur la personne aident à traiter l'anxiété générée par le cancer. Aussi, des études ont pu démontrer une efficacité de la thérapie humaniste sur les attaques de panique et l'anxiété généralisée (Shear et al, 1994 cités par Elliot et al., 2013). Cependant, selon une méta-analyse de Elliot et al. (2013), certains auteurs suggèrent que les thérapies humanistes peuvent être plus efficaces lorsqu'elles sont associées aux techniques issues des TCC. Dans le traitement de l'anxiété, il est utile de privilégier des thérapies où le patient est guidé pour résoudre son problème (Elliott & Rodgers, 2010).

c. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Outre l'orientation psychanalytique et la thérapie humaniste, qui favorisent l'expression émotionnelle, certains auteurs ont pu mettre en évidence l'efficacité des TCC en cancérologie, celles-ci permettant un meilleur élan vital et une meilleure mobilisation des

stratégies de coping (Fawzy et al. 1990). Dans ce contexte, les outils les plus utilisés sont la relaxation (Jacobson, 1974) et la désensibilisation systématique qu'elle permet (Razavi & Delvaux, 2008). Par ailleurs, une étude menée auprès de patients atteints de divers cancers a montré une diminution des troubles de l'humeur et une meilleure gestion du stress des patients qui étaient dans la condition TCC dans sa comparaison avec un groupe contrôle (Specia, Carlson, Goodey, & Angen, 2000). Toujours en lien avec les TCC, les techniques de visualisation, propres aux courants cognitivistes sont également utilisées pour cette démarche de désensibilisation et présentent également des résultats concluants (Bridge et al 1988 cité par Razavi et Delvaux, 2008).

Au-delà des techniques de relaxation et de la visualisation, Spiegel et al. (1989) ont mis en évidence l'intérêt des techniques hypnotiques sur les troubles de l'humeur et la douleur physique de patientes atteintes d'un cancer du sein, rejoignant ainsi Gay (2007) qui prône l'intérêt des techniques hypnotiques en cancérologie. Dans ce contexte, les théories TCC associées à l'outil hypnotique permettent également une amélioration de l'anxiété du patient, selon une étude effectuée par Lewis (2015) auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein.

2.3.6 Le travail de liaison

a. Collaboration psychologue-psychiatre

Compte tenu de la prévalence élevée des troubles psychiatriques chez les sujets cancéreux et de leur diagnostic difficile, une prise en charge bi-focale psychologue - psychiatre est essentielle. Ces deux champs d'activités sont principalement complémentaires : la prise en charge psychologique ou psychothérapeutique des patients présentant des troubles psychopathologiques n'est parfois possible que si un traitement médicamenteux est prescrit (Luxereau, 2001). Dans leur collaboration avec l'équipe de psychiatrie de liaison, les psycho-oncologues peuvent participer activement à des réunions cliniques qui permettent des collaborations efficaces quant à la prise en charge intégrée du patient cancéreux (Basarab, 1996).

En effet, de cette collaboration avec les psychiatres de liaison, le psychologue peut permettre un relais important entre les somaticiens et les psychiatres. Les psychologues collaborent étroitement avec les psychiatres de liaison et peuvent ainsi jouer un rôle d'intermédiaire entre le demandeur somaticien et le psychiatre, favorisant alors l'intervention du psychiatre de liaison dans des unités où les psychologues sont intégrés. D'ailleurs, lorsque la demande d'avis psychiatrique est effectuée par le médecin de l'étage, un premier travail d'analyse de la demande sera fait par le psychologue pour ensuite être relayé à l'unité de psychiatrie de liaison. Ensuite, la démarche thérapeutique sera définie par le psychiatre et le psychologue avec la possibilité de poursuivre une prise en charge psychologique et un traitement médical psychiatrique au-delà de l'hospitalisation du patient. Une double affiliation du psycho-oncologue aux services de psychiatrie et de cancérologie permet donc aussi de venir soutenir la fonction pragmatique de l'intervention qui consiste à orienter le patient vers des structures de soins psychiatriques et/ou psychothérapeutiques adéquates (Chocard et al., 2005).

b. La liaison ou la remise d'avis

Le travail de « liaison » ou de remise d'un avis est défini comme étant principalement un échange succinct sur les aspects psychologiques qui posent question chez le patient. Aussi, le travail de liaison n'est pas un compte rendu exhaustif de l'entretien psychologique mais plutôt la transmission d'informations susceptibles de favoriser la prise en charge médicale. Cette nécessité de restituer certains éléments de l'entretien psychologique à d'autres intervenants pose toutefois une question déontologique. Selon le code de déontologie, le psychologue, lorsqu'il est lié à une institution ne modifie pas ses devoirs professionnels, et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel (Bourguignon, 2008). Le psychologue a de ce fait le droit de refuser de transmettre des informations recueillies lors des entretiens avec le patient. Cependant, le refus de toute transmission d'informations viendrait en opposition avec une autre règle déontologique qui est l'importance pour le psychologue de restituer certains éléments aux autres secteurs de soins pour remplir sa mission qui est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique (Bourguignon, 2008). En milieu hospitalier, le psychologue doit donc transmettre certains éléments issus de sa pratique afin d'éclairer les autres soignants sur les enjeux psychiatriques et/ou psychologiques qui peuvent participer à la mise en place par le patient de certains comportements susceptibles d'interférer avec le déroulement des soins. En Belgique, le code de déontologie du psychologue, publié comme un arrêté royal le 16 mai 2014, fait d'ailleurs référence à l'importance du secret partagé dans l'article 14 : « le psychologue peut, sous sa responsabilité, partager des données confidentielles en sa possession en vue d'optimiser l'efficacité de son travail. A cet effet, il applique les règles habituelles cumulatives quant au secret partagé : information préalable, accord du maître du secret, dans le seul intérêt de celui-ci, limité à ce qui est strictement indispensable, uniquement avec des personnes soumises au secret professionnel œuvrant dans le cadre d'une même mission » (Commission Belge des psychologues, 2014).

De ce fait, il est impératif que le psychologue de liaison trouve une manière propre de sélectionner les informations essentielles qu'il a pu recueillir lors des entretiens afin que leur transmission permette d'améliorer la prise en charge du patient. Indirectement, le psychologue favorise une meilleure compréhension du malade par les soignants qui pourront mieux appréhender les comportements nécessitant une adaptation des soins. L'objectif de cette démarche est donc de permettre aux soignants de prendre connaissance de certaines difficultés des patients dont notamment les dimensions psychopathologiques de certains d'entre eux. Par exemple, une même manifestation d'agressivité présentée par un patient pourra, en fonction de l'éclairage donné par le psychologue, être interprétée comme secondaire à un trouble de l'humeur, ou à un trouble de personnalité ou encore à un sentiment d'abandon. Le refus de certains examens pourrait être compris par exemple comme secondaire à un trouble anxieux de type claustrophobie ou à un refus de soins, faute d'une explication suffisante à les faire accepter.

Le contexte de la transdisciplinarité facilite le travail de liaison du psychologue qui est en partie intégré à l'équipe soignante. En effet les réunions d'équipes sont des moments

propices à ces échanges. Il faut toutefois signaler que les moments informels représentent souvent la majorité des moments de liaison et sont d'une grande richesse informative.

2.4 Conclusion

Le Plan National Cancer a permis l'engagement de nombreux psychologues afin d'humaniser les soins anticancéreux et surtout de traiter les divers troubles émotionnels consécutifs au diagnostic de cancer. En effet, de nombreux auteurs ont mis en évidence que la maladie cancéreuse provoque l'émergence de toute une série de besoins qui, lorsqu'ils ne sont pas suffisamment satisfaits, peuvent conduire à une détresse émotionnelle voire même des troubles anxieux ou dépressifs qu'il est essentiel d'identifier et de traiter. C'est dans ce contexte d'effondrement de l'homéostasie que le psycho-oncologue intervient. Son activité, relativement variée, consiste en une activité de screening, d'accompagnement voire même de psychothérapie. De plus, intégré à une équipe transdisciplinaire, le psychologue joue également un rôle de relais avec les psychiatres de liaison qui peuvent amener leur spécificité médicale dans le traitement des troubles psychiatriques développés par le patient, ce qui donne un sens encore plus important à sa fonction de screening étant donné sa place de première ligne.

Cependant, l'accès aux soins psychologiques n'est pas si évident. Razavi (2005) a en effet mis en évidence le taux relativement faible de patients en détresse qui consultent effectivement un psychologue (14 à 19%). La clinique hospitalière à laquelle nous sommes confrontés confirme également ces difficultés d'accès. C'est afin de répondre à cet obstacle dans les soins psycho-oncologiques que nous avons modélisé une rencontre systématique au moment le plus proche du diagnostic.

3. La rencontre systématique afin de permettre à la demande d'émerger et de favoriser l'accès aux soins psychologiques ²

3.1 Introduction

Si l'offre de soins psycho-oncologiques est relativement importante aujourd'hui (Razavi, 2005), et ce, grâce au soutien des politiques et de l'instauration du Plan National Cancer Belge (Onckelinx, 2008), l'accès aux soins psychologiques reste cependant complexe (OCDE, 2013). Dans ce contexte, la question de l'offre et de la demande, incontournable dans les professions de la santé mentale se présente d'une manière différente aux champs d'activités psychothérapeutiques. En effet, les patients qui intègrent les services de cancérologie viennent au départ avec une demande somatique, souhaitant d'ailleurs avant tout rencontrer le médecin. À ce sujet, comme nous l'avons déjà souligné,

² A l'exception de 3.3, 3.4 et 3.6, cette section est issue de l'article publié : Ogez, D., Colmant, M., Zech, E., de Timay, Ph. (2014). Quand le psychologue rencontre systématiquement le patient : quelle place pour une demande personnelle ? Expérience auprès de patients atteints d'un cancer. *Psycho-oncologie*, 8 : 117-122. doi : 10.107/s11839-014-0465-3

Razavi (2005) rapporte que 78 % des patients consultant pour une maladie cancéreuse attendaient de l'aide de leur médecin spécialiste, et cela même pour ce qui concerne les questions d'ordre psychologique.

Au-delà des préjugés concernant les professions « psy » et des résistances à un travail psychique, il est évident qu'en consultant un service médical, les patients souhaitent avant tout soigner leur pathologie organique. Ils consultent spécifiquement pour un diagnostic et un traitement médical. En cancérologie, cette demande est d'autant plus importante que nous parlons d'une maladie grave et que les attentes des patients portent sur la guérison et la survie. Le chirurgien, par son acte chirurgical, peut enlever une tumeur. L'oncologue, par les traitements de chimiothérapie qu'il utilise, peut contrôler un cancer. Les radiothérapeutes quant à eux peuvent irradier une tumeur cancéreuse et ainsi la neutraliser.

La complexité de la situation médicale et psychologique en cancérologie, que nous avons décrite dans le chapitre précédent, conduit à s'interroger. Le patient, ébranlé émotionnellement est embarqué sur une voie qu'il ne maîtrise pas alors qu'elle engage sa vie. Il semble dès lors essentiel de permettre au patient de déposer les angoisses liées au traumatisme que peut constituer l'annonce du diagnostic de cancer, en lui permettant d'échanger avec les intervenants médicaux et ainsi de mieux comprendre ce qui lui arrive. Par ailleurs, comme nous l'avons développé précédemment, dès cette annonce et pour la suite de son parcours, il s'agit également de pouvoir soutenir le patient dans l'ajustement à sa maladie. En effet, l'annonce du diagnostic va mobiliser, chez le patient, différentes stratégies de coping qui viseront au maintien de l'homéostasie de l'appareil psychique et qui mériteront d'être soutenues (Jadoulle et al., 2006).

Pour répondre à ces difficultés, nous avons décidé de proposer une rencontre avec le psychologue très rapidement après l'annonce du diagnostic, entrevue que nous avons souhaitée systématisée dans le sens où tous les patients se verront proposer une rencontre avec un psychologue après que le diagnostic de cancer ait été établi. Ce premier contact vise essentiellement à proposer un suivi si celui-ci est nécessaire. Il visera particulièrement à prendre en compte les difficultés anxieuses et dépressives souvent présentées par les patients à ce moment particulier. Cette démarche soulève cependant de nombreuses interrogations que nous souhaitons traiter, notamment son intérêt et son efficacité.

L'objectif du présent chapitre est dans un premier temps de traiter de la question de l'offre et de la demande en psychologie. Ensuite, dans un second temps, nous aborderons l'accès aux soins psychologiques, en insistant notamment sur la perception du psychologue clinicien. Dans un troisième temps, nous conceptualiserons la proposition clinique utilisée pour répondre à cette difficulté d'accès aux soins : la rencontre systématique. Enfin, dans un dernier temps, nous présenterons le modèle de la présente thèse et définirons les hypothèses qui seront testées dans la partie empirique.

3.2 L'offre et la demande

La demande est un concept essentiel à tout travail psychologique dans la mesure où, sans demande, il n'y a pas de rencontre. Elle peut toutefois être comprise de diverses façons

en fonction du contexte dans lequel nous l'abordons. Ainsi, la rencontre ne sera pas travaillée de la même manière lorsqu'il y a ou non une demande de la part du patient ou encore une ouverture à l'offre.

3.2.1 Définition de la demande

Dans le langage courant, la demande s'entend comme l'« action de demander, de faire connaître à quelqu'un ce qu'on désire obtenir de lui » (Larousse, 2004, p.313). Elle se définit donc d'emblée comme un acte relationnel adressé à un ou plusieurs autres sujets. En psychologie, la demande renvoie à la forme ordinaire que prend l'expression d'un souhait, dans le cas où il s'agit d'obtenir quelque chose de quelqu'un, et à partir de laquelle le désir se distingue du besoin (Bloch, 1999). Cette définition insiste sur l'importance de l'adresse à l'autre et souligne la distinction entre la demande, le besoin et le désir (Blondiaux, 2010). La distinction entre ces notions peut être illustrée par l'exemple suivant. Lorsqu'un patient hospitalisé se plaint de troubles du sommeil, le médecin peut prescrire un somnifère et répondre ainsi au besoin de dormir du patient. Ce faisant, il peut ignorer le désir du patient de parler ou d'exprimer une angoisse éventuelle liée à l'affection somatique ou à l'hospitalisation.

En psychothérapie, trois éléments sont constitutifs d'une demande : le symptôme (manifestation psychique ou somatique), la souffrance qui en découle et l'allégation (invocation de soins) (Neuburger, 2003). Ces constituants orientent le choix du type de psychothérapie. S'ils sont portés par différents membres d'un système, un travail d'orientation systémique est indiqué. C'est le cas par exemple d'une personne atteinte d'anorexie mentale qui ne souffre apparemment pas de son état et ne demande pas d'aide. Dans ce cas, une personne de l'entourage, par exemple sa mère, peut présenter davantage de souffrance face à la situation et invoquer la nécessité d'un rendez-vous chez un thérapeute. Ainsi, la fille est porteuse du symptôme, l'anorexie, tandis que la mère est porteuse de la souffrance et de l'allégation. Si symptôme, souffrance et allégation sont portés par une même personne, l'indication d'un travail individuel est posée.

3.2.2 L'offre et demande en cancérologie

L'intervention psychologique s'envisage donc habituellement comme une réponse à une demande. Dans ce contexte, le psychologue ne s'impose en principe jamais. Or, en oncologie, nous rencontrons souvent des patients en deçà de ces conditions idéales. Si le patient souffre, c'est avant tout dans son corps, et rares sont ceux qui sont demandeurs d'une rencontre avec le psychologue. La demande émane alors souvent des équipes soignantes (Basarab, 1996) et peut prendre différentes formes. Une partie de la souffrance et de l'allégation semblent portée par l'équipe. Plus concrètement et de manière non exhaustive, les demandes peuvent concerner l'aide à la compliance, la gestion d'une détresse trop « démonstrative », l'évaluation de l'impact psychologique du cancer et l'accompagnement du patient (Razavi & Delvaux, 2002).

Répondant aux demandes émises par le personnel soignant, il arrive souvent que le psychologue soit confronté à de nombreuses résistances de la part des patients : réticences

sociétales vis-à-vis du psychologique et du psychologue, acceptation de la rencontre vécue comme un indicateur de faiblesse personnelle et aussi crainte d'une attribution psychique au cancer (par exemple : « une femme serait atteinte d'un cancer du sein suite à des problèmes avec sa mère »). À l'inverse, lorsque la demande est là, elle peut revêtir des apparences multiples et être plus ou moins appropriée : demande de soutien émotionnel (lié à un travail sur l'ici et maintenant), demande d'allure plus psychothérapeutique (mise en lien d'événements passés et de problèmes actuels) (Arbuckle, 1967) mais également demandes d'informations médicales ou d'aide sociale. De manière globale, les réticences des patients et les demandes inadaptées du personnel soignant sont souvent liées à une méconnaissance quant à la nature d'un travail psychologique (Pace, Chaney, Mullins, & Olson, 1995). Formuler une demande devient plus facile lorsque l'on connaît ce qui peut être offert par un psychologue.

Comme nous l'avons traité précédemment, l'offre du psychologue en cancérologie peut prendre des formes multiples : une écoute ponctuelle du subjectif, un travail psychothérapeutique à plus ou moins long terme, voire même l'abord d'un éventuel trouble psychopathologique associé. Cette activité clinique est de plus complémentaire au soutien du corps malade par le milieu médical et paramédical. Ce travail de collaboration s'effectue d'ailleurs dans un esprit transdisciplinaire c'est-à-dire en concertation entre collègues, avec une reconnaissance mutuelle des compétences et une remise en question de son propre fonctionnement (Basarab, 1996).

S'il est important dans cette démarche de soins de formuler une offre, celle-ci n'est parfois pas comprise par les patients et les équipes soignantes, étant donné qu'ils sont peu au courant de la nature exacte d'un travail psychologique. Dans ce contexte, avec une offre clairement explicitée au patient, et soutenue par une équipe soignante, qui porte la souffrance et l'allégation, un travail psychologique peut émerger.

3.3 L'accès aux soins psychologiques

L'offre et la demande sont relativement importantes dans un contexte de soins, comme nous venons de le souligner. Cependant, de nos jours, l'offre de soins psychologiques n'est pas toujours évidente à comprendre pour les patients, ce qui conduit souvent à peu de demandes d'interventions. Dans cette section, nous traiterons de l'accès aux soins psychologiques en Belgique.

Selon une étude de l'OCDE (2013) menée auprès de patients présentant un trouble mental grave, « 46 % ont vu un médecin mais n'ont pas reçu de traitement médicamenteux et n'ont pas suivi de psychothérapie, 25 % ont reçu un traitement médicamenteux mais n'ont pas suivi de thérapie et 3.8 % ont suivi une thérapie mais ne se sont pas vu prescrire de médicaments » (p. 127). Ce taux relativement faible de consultations psychologiques ne permet pas un traitement optimal des troubles mentaux comme le souligne notamment Lehtinen (2007) à travers ses recherches qui ont mis en évidence que seulement une personne sur quatre a suivi à la fois une psychothérapie et un traitement médicamenteux. De plus ce résultat rejoint les études de Razavi (2005) discutées précédemment et qui

soulignent l'importance du médecin oncologue dans le soutien émotionnel du patient atteint d'un cancer. En effet, selon De Coster et al. (2004, cité par OCDE, 2013) une majorité des patients souffrants de troubles psychologiques préfère être traitée par leur médecin généraliste. Plusieurs sources explicatives de la difficulté d'accès aux soins psychologiques sont avancées : la difficulté dans la prise de rendez-vous, le manque de clarté quant à ce qu'offre la psychothérapie, les aspects financiers et la stigmatisation du psychologique consécutive à la mauvaise perception que les patients peuvent avoir de cette profession. A travers cette section, nous développerons brièvement ces facteurs et les transposerons à la psycho-oncologie.

3.3.1 La prise de rendez-vous

La difficulté dans la prise de rendez-vous, notamment la question des délais, est définie comme un premier obstacle quant à l'accessibilité des centres de santé mentale. Les délais d'attente pour une consultation avec un psychiatre ou un psychologue sont relativement longs ; l'OCDE (2013) fait d'ailleurs référence à un délai moyen de 33 jours en 2009 dans les centres de santé mentale flamands.

Cependant, dans le contexte de la psycho-oncologie, nous ne sommes actuellement pas confrontés à cette question. En effet, le Plan National Cancer a permis l'engagement de psychologues en se basant sur le nombre de patients nouvellement diagnostiqués par hôpital. Ainsi, ce chiffre définit chaque année le nombre d'équivalent temps plein psychologues par patients (1ETP pour 400 nouveaux diagnostics). L'offre de soins n'est donc pas limitée comme dans les services de santé mentale.

3.3.2 Le manque de clarté de l'offre

A côté du manque de disponibilité de rendez-vous avec un psychologue, l'OCDE (2013) fait également part d'un manque de clarté quant à une réglementation du titre de psychothérapeute. En Belgique, depuis plusieurs années, une commission des psychologues a été instaurée, permettant de défendre le titre de psychologue et ainsi garantir des soins de qualité aux patients (Commission Belge des psychologues, 2014). Par ailleurs, une loi qui réglemente la pratique de la psychologie clinique et de la psychothérapie, permet de définir qui a le droit d'exercer ces activités et dès lors protéger les patients des abus de pseudo-thérapeutes (SPF Santé, 2014). Comme cette loi est récemment entrée en vigueur, elle ne dispose pas encore de ses arrêtés d'exécution mais pourrait favoriser une meilleure compréhension pour les patients de l'offre de soins psychothérapeutique. En effet, à ce jour, les patients ne comprennent pas suffisamment ce qu'est un travail psychothérapeutique, le manque de clarté portant notamment sur la durée, les garanties d'efficacité et le prix des traitements, ou encore sur le type d'offre de soins (Claes et al., 2010 cité par OCDE, 2013).

La formation des psycho-oncologues, proposée par le Plan National Cancer est une solution à ce problème, garantissant une offre de soins optimale aux patients atteints d'un cancer. En effet, depuis plusieurs années, deux années de formation interuniversitaire sont proposées gratuitement aux psychologues qui ont été engagés en oncologie suite au Plan National Cancer. Cette formation proposée tant en Flandres qu'en Wallonie, répond à une

exigence de formation continue endéans les cinq années qui suivent l'engagement d'un psychologue dans un hôpital subsidié par le Plan National Cancer. Elle propose notamment dans son cursus, l'apprentissage d'interventions psycho-oncologiques et des notions d'oncologie médicale, ainsi que des supervisions cliniques et de recherche. En outre, l'engagement des psychologues dans les divers hôpitaux est supervisé par le ministère de la santé qui demande, à travers des rapports annuels, une garantie quant à la formation des psycho-oncologues.

3.3.3 Les aspects financiers

Une troisième explication à la difficulté d'accès aux soins psy est relative à la préférence donnée par les patients aux traitements médicamenteux par rapport à la psychothérapie (OCDE, 2013). Toutefois, des études montrent que les traitements médicamenteux ne suffisent pas, une association entre psychothérapie et psychotropes étant plus efficace pour soutenir les patients (Hollon et al., 2005; Nadeau, 2012).

En outre, toujours en lien avec cette explication financière, les patients consultent peu les psychologues pour des raisons de remboursement. En effet, alors que les séances de psychothérapie avec un psychiatre sont remboursées par l'INAMI, les mêmes séances avec un psychologue ou un psychothérapeute ne sont pas prises en charge, principalement à cause de la non-réglementation de la profession de psychothérapeute. Même si depuis quelques années, certaines mutualités remboursent une partie des consultations psychologiques, le nombre de ces remboursements est limité (6 consultations en général) et les montants remboursés faibles (10 euros par consultation en général). Ces aspects financiers ne limitent cependant pas l'accès aux soins en cancérologie, les soins proposés par les unités de psycho-oncologie étant gratuits (Onckelinx, 2008).

3.3.4 La stigmatisation et la perception négative du psychologue

Un dernier argument concerne la stigmatisation qui entoure les troubles mentaux et qui dissuade les patients à solliciter l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre (Alonso et al., 2009). Si cette explication renvoie à l'idée que consulter un psy signifie « être fou », elle conduit également à une mauvaise perception de l'activité psychologique que plusieurs études ont pu mettre en évidence. Ainsi par exemple, des anciennes études menées par Guest (1948), qui consistaient à comparer la profession de psychologue à quatre autres (chimiste, ingénieur, architecte et économiste), avaient mis en évidence la difficulté des patients à distinguer psychologues et psychiatres. Ces auteurs ont ainsi constaté que dans les 61% de sujets qui avaient une perception positive de la profession psy, une grande majorité confondait psychologues et psychiatres. Les résultats de cette étude sont de plus concordants avec l'étude de Thumin et Zebelman (1967, cité par Wood, Jones, & Benjamin, 1986) qui ont mis en évidence que 40 % des répondants pensaient que les psychologues étaient plus « bizarres » que les chimistes ou les ingénieurs.

Toutefois, d'autres études un peu plus récentes ont permis de constater qu'une distinction entre psychologues et psychiatres pouvait être faite par le patient. Wood et al. (1986) ont en effet constaté que les participants avaient une nette préférence pour le

psychiatre si elles étaient dépressives, stressées, souhaitaient une prescription pour des tranquillisants, devenaient malades psychiquement ou avaient une consommation d'alcool excessive. Les psychologues étaient préférés pour déterminer le quotient intellectuel d'un enfant ou traiter des problèmes conjugaux (Wood et al., 1986). Cette constatation renvoie cependant à une vision limitée de la profession du psychologue.

Si ces études sont anciennes et que l'on peut penser que les *a priori* ont changé, il n'en est rien. En effet, même si plus récemment, une étude de Dempsey (2007), menée à l'aide de l'outil de perception du psychologue clinicien (Webb & Speer, 1986), a permis de mettre en évidence une image positive du psychologue auprès de la population australienne, elles diffèrent de celles d'Alonso et al. (2009) et de Vogel et al. (2010) qui confirment les résultats de ces anciennes études. En effet, selon Alonso et al. (2009), lorsque la question de la réticence à voir un psychologue est abordée dans ces études, la peur de la stigmatisation et du contenu du travail psychologique sont relatés. Vogel et al. (2010) confirment également ces résultats à travers une étude menée auprès de 491 étudiants. Ils ont ainsi expliqué la réticence de la consultation avec un psychologue par la peur de la stigmatisation, du traitement proposé, des émotions et la difficulté de révéler des éléments sur soi. En d'autres termes, cela laisse à supposer qu'une appréhension, une crainte ou une attitude négative envers le psychologue existe.

Cette appréhension, qui est également perceptible dans l'étude de Razavi (2005), nous a conduit à modéliser une méthode d'intervention systématique qui, nous en faisons l'hypothèse, permettra au psychologue de définir l'offre de soins et de pallier à cette vision stigmatisante de la prise en charge psychologique.

3.3.5 Conclusion

Pour conclure, si l'OCDE met en évidence plusieurs paramètres défavorisant à l'entame d'un accompagnement psychologique, le Plan National Cancer a dans la majorité des cas remédié à ces principaux obstacles. Toutefois, il reste que la question de la stigmatisation ne peut être réglée par un projet de loi, le subjectif du patient jouant un rôle prépondérant. C'est pour cette raison, que dans la modélisation de la rencontre systématique qui sera décrite dans la suite de ce travail, seul cet obstacle a été envisagé.

3.4 Le contexte de soins aux Cliniques universitaires Saint-Luc

Afin d'introduire correctement le contexte dans lequel la rencontre systématique avec le psychologue se déroule, il est utile de décrire le centre du cancer des Cliniques universitaires Saint-Luc. Dans ce centre, des oncologues, des hématologues, des chirurgiens, des internistes et des radiothérapeutes collaborent pour le diagnostic et le traitement des patients souffrant d'un cancer. Des infirmiers et des coordinateurs de soins en oncologie [CSO] sont par ailleurs associés à ces équipes médicales et accompagnent médicalement et psychologiquement les patients. Le CSO est financé depuis 2008 par le Plan National Cancer au même titre que le psychologue (Onkelinx, 2008). Il a principalement pour missions d'assurer la coordination et l'accompagnement des patients

atteints d'un cancer au sein des groupes multidisciplinaires tout en étant le principal contact du patient et de réaliser une évaluation générale de la situation du patient ainsi que son suivi tout au long de la prise en charge médicale. Il crée un parcours personnalisé en fonction de la situation du patient en faisant intervenir les ressources paramédicales de l'hôpital si c'est nécessaire. Il introduit également le psychologue lorsqu'une rencontre systématique est prévue ou évaluée avec le patient sa demande d'entretiens psychologiques. Son instauration a permis d'améliorer la prise en charge globale du patient et particulièrement l'annonce du diagnostic.

3.4.1 Profil des patients du centre du cancer

Les caractéristiques principales de la population de patients qui consultent au sein du centre du cancer sont décrites dans le rapport d'activité de Lannoy (2014). En 2014, 4683 nouveaux diagnostics ont été établis au centre du cancer, soit 2.9 % des nouveaux diagnostics en Belgique. Parmi ces nouveaux diagnostics, 4407 patients ont été pris en charge au sein des groupes transdisciplinaires. Cinquante virgule deux pour cent de ces patients étaient des hommes pour 49,8 % de femmes. L'âge médian de ces patients est par ailleurs de 61 ans (0-85 ans), 24 % des patients sont âgés de 0 à 50 ans, 45.8 % de 51 à 70 et 22.8 % ont plus de 70 ans.

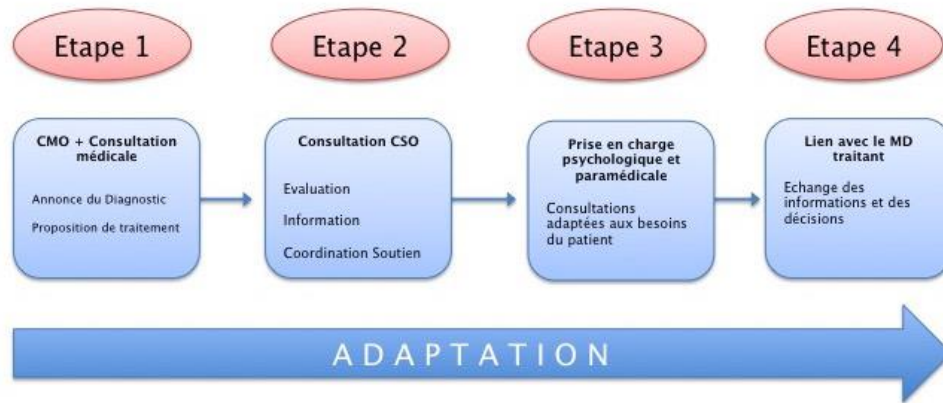
Par ailleurs, les patients qui consultent sont majoritairement originaires de Bruxelles (34,2 %). Outre ces patients bruxellois, le recrutement des patients se fait essentiellement dans la province du Hainaut (20.8 %), du Brabant Wallon (14.6 %) et en Flandres (11.7%) (Lannoy, 2014). La localisation des Cliniques universitaires Saint-Luc au sud de Bruxelles explique certainement que la majorité des patients qui consultent sont d'un niveau socio-culturel plus élevé que ceux des hôpitaux du centre de Bruxelles qui reçoivent plutôt des patients d'un niveau socio-culturel plus bas, voire majoritairement issus de l'immigration (Lewis, 2014). En effet, parmi les patients originaires de Bruxelles, la majorité provient des communes de Woluwé-Saint-Lambert et de Woluwé-Saint-Pierre qui sont parmi les communes les plus favorisées sur le plan socio-économique de la région bruxelloise (Lannoy, 2014).

En ce qui concerne l'activité des psycho-oncologues du centre du cancer, ils ont rencontré 1394 patients nouvellement diagnostiqués en 2014 soit 35.3 % des nouveaux patients pris en charge au centre du cancer. Ils ont aussi effectué 4691 consultations individuelles (Lannoy, 2014).

3.4.2 L'itinéraire clinique

Afin de mieux accompagner le patient, un itinéraire clinique précisant son parcours de soins a été défini au centre du cancer. Cet itinéraire représente le trajet du patient depuis son arrivée à l'hôpital, et donc lors de la consultation d'annonce, jusqu'à la fin des traitements anticancéreux. Il inclut également les différents professionnels et le moment où les patients sont susceptibles de les rencontrer.

Figure 2. Itinéraire clinique au centre du cancer



Note : CMO : Consultation multidisciplinaire oncologique

CSO : Coordinateur de soins en oncologie

Comme le montre la figure 2, le premier temps du processus d'annonce concerne la consultation médicale qui consiste en l'annonce du diagnostic et la proposition des traitements. Au sein du centre du cancer, l'annonce du diagnostic est réalisée la plupart du temps par le médecin spécialiste, suivent le médecin traitant, puis l'oncologue. Elle est par ailleurs délivrée le plus souvent lors d'une consultation médicale (50 %), mais aussi lors d'un examen (25 %) ou d'une communication téléphonique (10 %) (Maddalena & Ogez, 2013).

Dans un second temps, le patient rencontre le CSO qui pratique une évaluation générale des besoins du patient, l'informe, l'écoute, le soutient et, surtout coordonne les différents soins qui lui seront prodigués. Etant donnée sa fonction de coordination, le CSO est la personne de contact privilégiée pour le patient tout au long du parcours de soins. C'est en effet lui qui dirige le patient dans des soins complémentaires mais aussi relaye certaines de ses demandes spécifiques.

Ensuite, un troisième temps concerne la rencontre avec le psychologue et les éventuelles interventions paramédicales (e.g., kinésithérapeute, diététicien, logopède, assistant social). C'est par ailleurs dans ce contexte, à savoir juste après l'annonce du diagnostic et l'entretien avec le CSO, que la rencontre systématique est effectuée, permettant alors au médecin et/ou au CSO de prévenir le patient de cette visite systématique du psychologue qui est intégrée à une intervention transdisciplinaire (Ogez et al., 2012). La plupart du temps, cette rencontre se déroule lors de l'intervention chirurgicale (en moyenne une à deux semaine(s) après l'annonce du diagnostic) ou lors d'une consultation ambulatoire proposée à un moment relativement proche de l'annonce (de quelques jours à une semaine).

Enfin, le quatrième et dernier temps de ce processus de soins, consiste à référer le patient à son médecin généraliste qui prendra à nouveau en charge son patient et qui coordonnera son suivi médical. Lors de cette dernière étape, les patients peuvent également poursuivre des consultations psychologiques au centre du cancer s'ils le souhaitent. Toutefois, afin de garder des disponibilités pour les nouveaux patients du centre, ces consultations post-traitements sont limitées dans le temps à maximum six mois après la fin des traitements. Passé ce délai, le patient est référé à des centres de consultations ou à des psychologues indépendants. Dans ce cas, le psycho-oncologue joue un rôle de triangulation qui favorisera la continuité du suivi psychologique.

3.5 La rencontre systématique

Face au nombre relativement faible de demandes spontanées d'accompagnement psychologique et surtout en réponse aux besoins psycho-sociaux, à la détresse en cancérologie, et aux intenses sollicitations des ressources psychologiques des patients, nous avons envisagé une manière de pallier à une vision potentiellement négative du psychologue et de nous rendre suffisamment disponible. Comme nous l'avons signalé, les freins à la demande psychologique sont nombreux, et le recours au psychologue se fait souvent dans des situations aiguës qui ne facilitent pas le travail psychologique. Notre institution est constituée d'un centre du cancer comprenant plusieurs entités cliniques distinctes ayant un caractère transdisciplinaire. Des spécialistes de diverses disciplines intervenant dans le diagnostic et le traitement du patient se réunissent en groupes multidisciplinaires (chirurgiens, oncologues, radiologues, anatomo-pathologistes, infirmiers, psychologues), selon le type de cancer (par exemple clinique du sein). Des psychologues sont intégrés au sein de ces différentes entités cliniques. Cela permet de collaborer au mieux avec les équipes dans une idée d'attention portée à la globalité somatique et psychique des personnes. Plus particulièrement, nous avons développé l'idée d'une première rencontre systématique avec les personnes nouvellement diagnostiquées.

3.5.1 Définition de rencontre systématique

Systématique signifie « qui est fait avec méthode, procède d'un ordre déterminé à l'avance » (Larousse, 2004, p. 984). Ainsi, une prise en charge systématique des patients atteints d'un cancer conduit à élaborer une méthode que nous tâcherons d'appliquer identiquement à toutes les situations rencontrées. Dans notre manière de concevoir la rencontre systématique des patients atteints d'un cancer, nous avons souhaité rendre possible un premier contact au plus près du moment du diagnostic. Ce premier contact n'est bien entendu pas un début de prise en charge explicite. Comme souligné précédemment, la plupart du temps, formuler une demande devient possible quand l'offre est connue. De ce fait, si nous avons envisagé de faire le premier pas vers le patient, c'est précisément dans le but d'une proposition de soins. Il s'agit d'une partie du processus de prise en charge « prédéfinie » par l'équipe de psycho-oncologie de l'hôpital. À travers cette démarche, le psychologue n'est donc pas en position de demandeur, mais bien dans l'offre de soins faite par l'institution. Cette première rencontre avec le patient et la manière dont elle est

introduite se veut semi-directive. Le psychologue laisse donc le patient s'exprimer sur ce qu'il vit actuellement, mais aborde la situation sur la base d'un canevas constitué de différents éléments qui sont explicités ci-après.

3.5.2 La rencontre systématique en cancérologie

a. La présentation du projet d'équipe

Dans notre service, les équipes transdisciplinaires estiment que les aspects psychologiques sont importants dans la prise en charge des personnes malades. Pour cette raison, elles souhaitent que les patients diagnostiqués d'un cancer soient rencontrés. Dans un premier temps, nous faisons part au patient de ce projet d'équipe. Nous transmettons également notre spécificité de psychologue (par exemple : écoute, accompagnement). Par cette démarche, nous souhaitons faire face à l'*a priori* négatif que les personnes peuvent encore avoir vis-à-vis de notre profession. C'est donc sur la base d'une présentation réciproque, celle du patient et celle du psychologue, que la rencontre systématique peut débiter.

b. L'histoire du patient

Une deuxième composante de la rencontre consiste à examiner comment le patient est entré dans la maladie. Cette question est essentielle dans la prise en charge psychoncologique, car elle donne une bonne indication de l'état psychique du patient. Elle permet en effet d'évaluer les éventuelles difficultés psychologiques, les troubles de l'adaptation et les mécanismes de défense que le patient a mis en place pour faire face à l'annonce du diagnostic.

Si l'adaptation est un processus naturel chez l'être humain, il n'en reste pas moins que des échecs d'adaptation peuvent avoir des conséquences notables. À tout âge, les individus sont confrontés à des changements importants auxquels ils vont devoir s'adapter. Ainsi, par exemple, s'il n'arrive pas à se passer du sein, le nourrisson ne parviendra jamais à s'alimenter autrement. S'il ne s'adapte pas à vivre sans ses parents, l'adolescent ne les quittera pas et ne constituera pas, à son tour, une famille. S'il ne s'habitue pas à l'arrêt de sa vie professionnelle, le retraité ne pourra pas vivre sereinement son retrait du monde du travail. En oncologie, l'annonce d'une maladie potentiellement létale vient marquer un bouleversement auquel le patient devra faire face. Selon plusieurs critères, dont notamment la gravité de la maladie, l'histoire personnelle du patient et son âge, les changements seront différemment vécus. En réagissant au plus tôt, en permettant aux défenses du patient de supporter au mieux ces moments difficiles, nous aiderons davantage le malade à s'adapter à la maladie cancéreuse.

Lors de sa rencontre avec le patient, le psychologue est également attentif à l'existence de troubles psychopathologiques préexistants ou réactionnels à l'annonce du cancer. En dehors de toute pathologie, il s'intéressera aux événements de vie difficiles que la personne a rencontrés dans son passé et qui sont susceptibles d'être réactivés. Il évalue aussi par une écoute bienveillante la manière dont le patient se sent et dont il se représente la maladie et

ses conséquences. Enfin, il s'intéresse aux ressources personnelles et environnementales dont dispose le patient. Cette intervention s'intègre dans une approche biopsychosociale de la santé (Engel, 1977). Cet abord des aspects psychopathologiques ne doit toutefois pas être considéré comme propre au psychologue. Des études ont en effet mis en évidence l'intérêt d'outils psychométriques utilisés par l'équipe soignante dans la détection des troubles psychopathologiques (Jacobsen et al., 2005).

c. Les attentes du patient

Un troisième élément de la rencontre consiste en une analyse des attentes du patient. Dans certains cas, ce dernier souhaite commencer une prise en charge dans la mesure où sa propre demande et la rencontre avec le psychologue ont permis une accroche, essentielle à un tel travail de soutien (Freud, 1953; Rogers, 1961). Un suivi tout au long de la maladie peut alors s'instaurer, fait de rencontres ponctuelles ou plus régulières, en hospitalisation ou en consultation. Ce travail visera à aider le malade à réguler ses émotions face aux événements difficiles qu'il peut traverser, notamment aux moments clés que constituent l'annonce du diagnostic, les conséquences des traitements, la rémission, les rechutes, la mise en invalidité, la stérilité, la guérison ou encore la fin de vie. Une attitude thérapeutique peut également être instaurée, permettant l'élaboration de questions personnelles, voire existentielles. Il est en effet fréquent qu'au décours d'une maladie grave le patient se remette en question et se mette à la recherche d'un nouveau sens dans sa vie (Saltel, 2002).

Dans d'autres circonstances, le patient ne souhaite pas entamer un suivi psychologique. Laisser une « porte ouverte » semble utile afin de permettre un éventuel suivi dans le décours de ses traitements. Nous laissons le patient libre de demander un accompagnement par la suite. Un second passage peut toutefois être proposé lorsque nous jugeons que la situation psychologique le justifie ou suite à la demande de l'équipe multidisciplinaire.

Par ailleurs, en laissant cette porte ouverte, nous pouvons également déboucher sur un travail plus complexe. Il n'est en effet pas rare que des patients supportent mal la fin des traitements au moment de la rémission du cancer. Le sentiment d'être abandonné par l'équipe soignante qui les a suivis de manière rapprochée pendant plusieurs mois et qui soudainement ne les verra plus que de manière épisodique et la peur de la récurrence sont souvent considérables à ce moment (Baillet, 2002). Par ailleurs, traverser une telle maladie peut conduire le patient à penser autrement son avenir (Saltel, 2002). C'est pour ces raisons que de nombreux patients reprennent contact à cet instant du suivi oncologique. Ils demandent alors à entreprendre un travail qui s'apparente plus à une psychothérapie.

En outre, si l'objectif de cette démarche systématique est de sensibiliser le patient à une prise en charge psychologique, nous permettons surtout aux patients de formuler une demande personnelle. Nous soutenons donc, lors de cette première rencontre, l'émergence d'une demande quant à une prise en charge, même si ce suivi peut être instauré en dehors de l'hôpital, dans un contexte qui correspondra mieux au patient.

3.6 Modélisation de la thèse

Si la rencontre systématique a été instaurée au sein de notre centre, c'est surtout sur base d'une réflexion clinique et un intérêt pour les dimensions relationnelles qui ont été brièvement énoncés précédemment. Cependant, cette théorisation basée sur une réflexion clinique est insuffisante et il nous a très rapidement semblé nécessaire d'évaluer notre procédure clinique par le biais de travaux de recherche. Aussi, afin d'évaluer si la rencontre systématique en psycho-oncologie avait un réel impact sur l'accompagnement psychologique et sur le patient lui-même, nous avons élaboré quatre hypothèses en lien avec la modélisation suivante (Figure 3).

Une première hypothèse (1) concerne l'impact de la rencontre systématique sur la perception du psychologue. Selon nous, la rencontre systématique permettrait une meilleure perception du psychologue clinicien dont le rôle est articulé à celui de l'équipe soignante. Ensuite, une seconde hypothèse (2) renvoie au fait que les patients qui ont rencontré systématiquement le psychologue devraient prendre plus conscience de leurs besoins, leur détresse psychologique et leurs stratégies de coping dans un premier temps. Ainsi, nous nous attendons à ce que les patients qui ont rencontré le psychologue lors de leur entretien systématique devraient présenter des scores de détresse, de besoin des supports psychosociaux et de stratégie de coping plus élevés que ceux qui n'auront pas rencontré le psychologue. Par contre, la rencontre systématique devrait permettre une diminution des besoins de communication médicale, la rencontre avec le psychologue étant une opportunité complémentaire pour le patient de traiter de ses interrogations sur la maladie cancéreuse. Ensuite, nous émettons une troisième hypothèse (3) est relative à l'idée que les patients qui ont rencontré le psychologue systématiquement devraient plus s'engager dans un accompagnement psychologique lors des traitements oncologiques que ceux qui n'ont pas reçu cette visite systématique. Aussi, nous étudierons dans quelle mesure la rencontre systématique mais aussi la perception plus importante de la détresse, de l'anxiété et de la dépression sont prédictives de l'émergence d'une demande de suivi psy. Enfin, nous envisageons une quatrième (4) et dernière hypothèse qui concerne un effet de l'accompagnement psychologique sur les besoins, la détresse et les stratégies de coping à moyen terme. Nous suspectons en effet que les patients ayant un suivi prolongé présenteront une plus grande détresse au moment des traitements anticancéreux que ceux n'ayant pas de suivi psychologique mais que le suivi prolongé sera associé à une diminution de la détresse et une plus grande mobilisation de stratégies de coping à la fin des traitements.

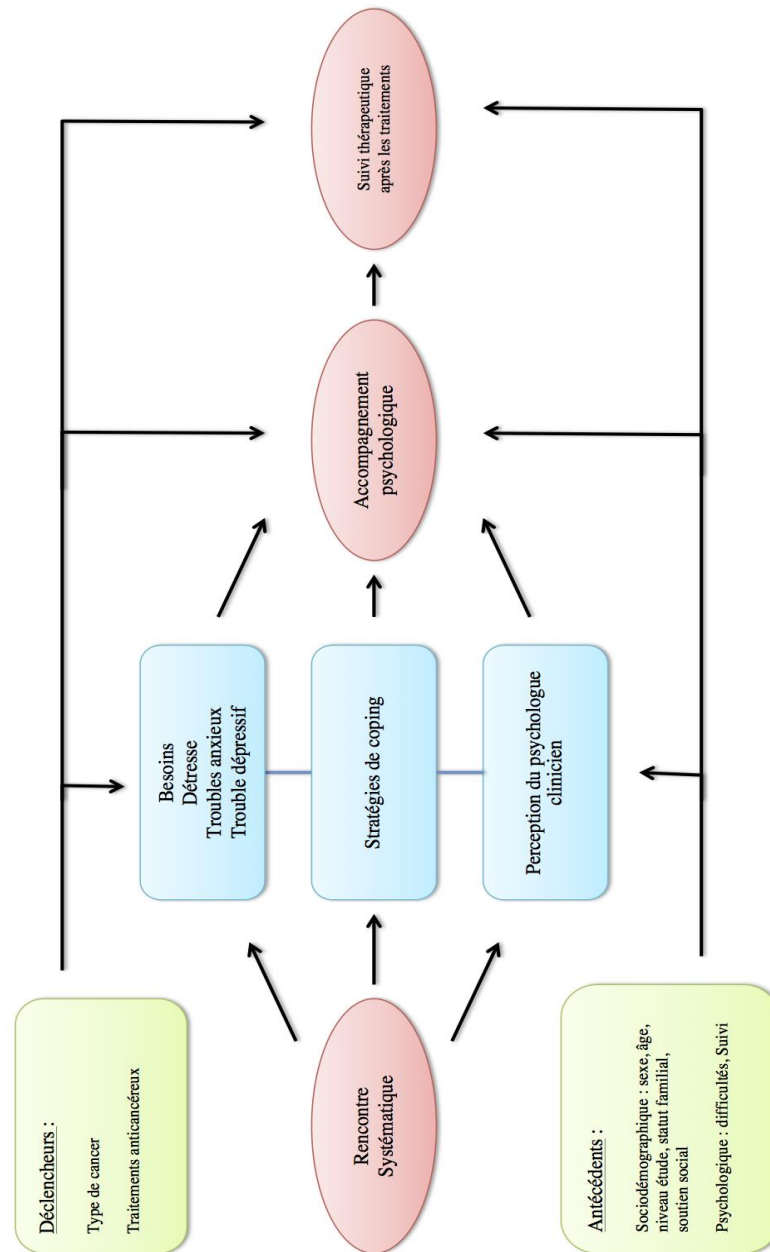
Afin d'évaluer ces hypothèses, trois études empiriques ont été menées aux Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles. Une première étude a permis d'évaluer les attentes des patients confrontés à un diagnostic de cancer du sein lors d'une rencontre systématique avec un psycho-oncologue. Cette étude rétrospective, menée auprès de 160 patientes atteintes d'un cancer du sein et qui avaient rencontré un psychologue systématiquement, avait pour objectifs (1) d'évaluer le profil socio-démographique et médical des patientes qui souhaitaient poursuivre un accompagnement après la rencontre systématique, (2) de définir les raisons pour lesquelles les patientes ne souhaitaient pas poursuivre un accompagnement

psychologique et (3) de leur permettre de faire part de leurs attentes quant à une rencontre systématique avec un psychologue dès le diagnostic de cancer.

Ensuite, une seconde étude, longitudinale, a été effectuée afin d'évaluer l'impact de la rencontre systématique sur les besoins, la détresse et le coping de patientes atteintes d'un cancer du sein et sur la poursuite d'un suivi psychologique après les traitements anticancéreux. Cette étude longitudinale a été menée auprès de 131 patientes et sur trois temps de mesure à savoir au moment le plus proche du diagnostic (maximum 15 jours après), pendant les traitements (trois mois après le diagnostic) et après la fin des traitements (neuf mois après le diagnostic). Elle a permis d'étudier l'impact de la rencontre systématique sur les besoins, la détresse et le coping des patientes atteintes d'un cancer du sein, soit les hypothèses 2, 3 et 4 de la thèse.

Enfin, une troisième étude, également longitudinale, avait pour but d'évaluer l'impact de la rencontre systématique sur la détresse et la perception du psychologue auprès de patients atteints d'un cancer et sur l'émergence d'une demande d'accompagnement psychologique durant les traitements anticancéreux. En effet, suite à notre seconde étude, nous avons surtout étudié une population féminine atteinte d'un cancer du sein. Par ailleurs, nous n'avons toujours pas évalué l'impact de la rencontre systématique sur l'éventuel stéréotype que les patients peuvent avoir du psychologue clinicien. Aussi, cette seconde étude longitudinale a été menée auprès de 109 patients (72 femmes et 37 hommes) souffrant d'un cancer. Cette étude, menée sur deux temps de mesure, (1) le moment le plus proche du diagnostic (maximum 15 jours après) et (2) durant les traitements (trois mois après le diagnostic), a permis d'évaluer les hypothèses 1, 2 (hormis le coping) et 3 de la présente thèse.

Figure 3. Modélisation de la thèse



Chapitre 2

Attentes des patients avec un diagnostic de cancer du sein suite à la rencontre systématique avec le psychologue

Abstract

Objective: Cancer patients consider the oncologist as their main resource insofar as the medical needs generally take precedence over psychological needs. Nevertheless, the psychological intervention is also important. The systematic consultation implemented in our hospital after a diagnosis of cancer is a manner to answer patients' psychological needs. In a survey, we assessed the satisfaction and expectations of the patients about this consultation. **Methods:** One year after a diagnosis of breast cancer, 104 patients answered a retrospective questionnaire assessing: socio-demographic data, cancer medical information, systematic consultation satisfaction, patients' expectations for a systematic intervention, and patients' characteristics who began a psychological follow-up. **Results:** 72.1% of the patients were satisfied with having the opportunity to consult a psychologist during a systematic consultation after cancer diagnosis. Their expectations were to have opportunities of emotional expression, reassurance, obtaining additional medical information, talking about their fear over additional treatments, and identifying further support. 28.8% of the patients re-contacted the psychologist for further help after the systematic consultation. They were significantly younger ($p < 0.001$) than the others. **Conclusions:** Besides the importance of support by medical specialists, offering the opportunity to breast cancer patients to discuss inner feelings and treatment expectations during a systematic psychological consultation was useful for most of them. About one third of the patients asked for a further consultation with a psychologist after a first systematic consultation, especially younger patients. This stressed the importance of the role of psychologists for psycho-social support of the patient after cancer treatment.

Keywords: Psycho-Oncology, Screening, Consultation, Systematic, Psychological Follow-Up, Breast Cancer, Survey

Reference : Cet article a été publié : Ogez, D., de Timary, P., Berlière, M., Rokbani, L., Colmant, M., Lieutenant, F. ... Zech, E. (2014) Expectations of Patients with a Diagnosis of Breast Cancer When Meeting the Psycho-Oncologist: Beyond the Assistance of the Oncologist. *Open Journal of Medical Psychology*, 3, 315-324. doi: 10.4236/ojmp.2014.35033.

Attentes des patients avec un diagnostic de cancer du sein suite à la rencontre systématique avec le psychologue

Cancer patients most often consider the oncologist as their main resource in order to answer their needs in oncological situations (Razavi, 2005). Indeed, when it comes to cancer, the medical needs generally take prevalence over psychological needs. Pain (Caraceni & Portenoy, 1999), fatigue (Kirsh, Passik, Holtsclaw, Donaghy, & Theobald, 2001), and nausea (Davis & Walsh, 2000) are among the most frequent symptoms expressed during cancer treatment and are generally difficult to manage by most patients. However, patients also frequently report and express psychological distress (Baider et al., 2004; Loge & Abrahamsen, 1997), most often to the specialist physician in charge of their treatment (Detmar & Aaronson, 2000; Newell & Sanson-Fisher, 1998; Sollner, 2001). Surveys have shown that the patients' psychological needs will mainly concern difficulties that they feel during medical interactions and lack of communication about their cancer and treatment, as well as psychological symptoms such as worries about the disease (Merckaert, Libert, Delvaux, & Razavi, 2005; Razavi et al., 2000).

Therefore, besides medical intervention, the psychological intervention of the oncologist is of paramount importance. In conjunction to the oncologist's intervention, psychologists have developed specific skills to listen to patients during their oncological treatment (Merckaert et al., 2008), to support their emotional regulation abilities (Nelis et al., 2011; Watson & Bultz, 2010), and to evaluate the possible occurrence of psychopathological comorbidities or coincidences (Ciaramella & Poli, 2001; Hopwood et al., 2010; So et al., 2010). To answer cancer patients' specific needs, the Belgian National Cancer Plan (Onkelinx, 2008) has supported and financed the development of psycho-oncological support teams in all oncological centers across Belgium. Shortly after the implementation of the Belgian National Cancer Plan, we thus decided to investigate the characteristics of the population that consults the psycho-oncologist and the expectations toward this consultation. Up to now, psycho-oncological interventions are either supportive clinical interviews, with no systematic questioning of the expectations of patients (Bramsen et al., 2008), or totally structured interviews with systematic check lists (Roth et al., 1998). The systematic consultation is an intermediate semi-directive method that has been implemented in our hospital. It occurs within 7 days after a diagnosis of cancer has been established and provided to the patient. This consultation is seen as a way to answer cancer patients' psychological needs (Ogez, 2010). The systematic consultation includes (1) a reciprocal presentation; (2) an anamnesis of the patient (family and professional life), his/her medical history, and his/her potential psychological difficulties; (3) an evaluation of the patient's level of psychological distress and adaptation skills; (4) a discussion about the patient's expectations concerning an eventual psychological follow-up.

In this paper, the evaluation of this systematic consultation¹ is performed. Therefore, the aim of the survey is to evaluate (1) the patients' satisfaction one year after they have their systematic consultation; (2) the profile of the patients who begin a psychological follow-up during that year; (3) patients' suggestions with regard to potential improvements for the systematic consultation.

Method

Procedure

Each female patient consulting for a breast cancer surgery between January and December 2009 met a psychologist for a systematic consultation. One year after the consultation, a questionnaire was sent to their home with a stamped envelope for sending it back. The questionnaire was anonymous and patients were therefore free to answer it or not. All patients were French-speaking. There was otherwise no exclusion criterion. The ethical committee of our academic hospital had accepted the study.

Respondents

Out of the 160 breast cancer patients to whom the questionnaire was sent, 104 (65.0%) returned the surveys back. Table 1 shows the socio-demographic characteristics of the patients studied. The average age of responding patients was 60.0 years old ($SD = 11.62$). Fifty-two (50.0%) women were aged 60 or under and 50 (48.1%) were over 60 years old. Concerning their marital status, 69 (66.3%) women were married or in couple and 85 (83.7%) had at least 1 child. Seventy-three (70.2%) were living with at least one person, while 29 (27.9%) were living alone. Finally, 40 (38.5%) women had a full-time or part-time job, while 63 (60.5%) had temporarily stopped their professional activity or were unemployed.

Table 2 shows the medical aspects related to their cancer. Forty-six (44.2%) patients had a no history of cancer, 39 (37.5%) had a family history of the disease, 10 (9.6%) had a personal history of cancer, and 8 (7.7%) had both a family and a personal oncological history. Most cancers (61.5%) were detected through a systematic screening. Regarding treatments, 58 (55.8%) women underwent a mastectomy and 43 (41.3%) had a tumerectomy. In addition to surgery, 96 patients had an additional treatment: 45 (43.3%) patients had a combined regimen of chemotherapy and radiotherapy, 35 (33.7%) had radiotherapy alone, 11 (10.6%) had a chemotherapy treatment alone, and 5 (4.8%) had another treatment. Only 5 (4.8%) patients did not receive any additional treatment.

¹ L'entretien systématique décrit dans cet article correspond à la rencontre systématique définie à la p. 56.

Table 1. Demographic information, overall and by re-contact type

Characteristics	Re-contact n=30	No re-contact n=74	Total n=104	p-value
Age				
Mean	54	62,4	60	<0.001 ^a
SD	9,51	11,6	11,62	
Min	28	38	28	
Max	71	87	87	
Age category, n (%)				
≤ 60 years	21 (70.0)	31 (41.9)	52 (50.0)	0.008 ^b
> 60 years	8 (26.7)	42 (56.8)	50 (48.1)	
Missing	1 (3.3)	1 (1.3)	2 (1.9)	
Marital status, n (%)				
In couple	22 (73.3)	47 (63.5)	69 (66.3)	0.189 ^b
Alone	7 (23.3)	26 (35.1)	33 (31.7)	
Missing	1 (3.3)	1 (1.3)	2 (1.9)	
Living environment, n (%)				
Accompanied	23 (76.7)	50 (67.6)	73 (70.2)	0.336 ^b
Alone	6 (20.0)	23 (31.1)	29 (27.9)	
Missing	1 (3.3)	1 (1.3)	2 (1.9)	
Children, n (%)				
0	2 (6.7)	14 (19.0)	16 (15.4)	0.159 ^c
≥ 1	27 (90.0)	58 (78.4)	85 (81.7)	
Missing	1 (3.3)	2 (2.6)	3 (2.9)	
Professional Activity, n (%)				
Yes	17 (56.7)	23 (31.1)	40 (38.5)	0.085 ^c
No	13 (43.3)	50 (67.6)	63 (60.5)	
Missing	0	1 (1.3)	1 (1.0)	

Note: P-value obtained from unpaired *t*-test ^a; Fisher Exact test ^b and Chi-Square test ^c.

Table 2. Cancer information, overall and by re-contact type

Characteristics	Re-contact n=30	No re-contact n=74	Total n=104	p-value
History of cancer, n (%)				
No history	12 (40.0)	34 (45.9)	46 (44.2)	0.329 ^b
History	18 (60.0)	39 (52.8)	57 (54.8)	
Missing	0	1 (1.3)	1 (1.0)	
Systematic screening of cancer, n (%)				
Yes	19 (63.3)	45 (60.8)	64 (61.5)	0.407 ^b
No	10 (33.3)	25 (33.8)	35 (33.7)	
Missing	1 (3.3)	4 (5.4)	5 (4.8)	
Surgery, n (%)				
Mastectomy	15 (50.0)	43 (58.1)	58 (55.8)	0.396 ^a
Tumorectomy	13 (43.3)	30 (40.5)	43 (41.3)	
Missing	2 (6.7)	1 (1.3)	3 (2.9)	
Additional treatment, n (%)				
Yes	27 (90.0)	69 (93.2)	96 (92.3)	0.327 ^b
No	2 (6.7)	3 (4.1)	5 (4.8)	
Missing	1 (3.3)	2 (2.7)	3 (2.9)	

Note: P-value obtained from Fisher Exact test ^a and Chi-Square test ^b.

Survey questionnaire

The homemade questionnaire consisted of 5 parts. The first dealt with the socio-demographic aspects of the population including gender, age, cultural background, marital status, family, and employment status. The second part included information on cancer (personal or family history of cancer, cancer diagnosis) and medical treatments (nature of surgical intervention, additional treatments). The third part dealt with the evaluation of the satisfaction of the systematic consultation (quality of contact with the psychologist, timing of this initial contact, *i.e.*, at surgery, and proposition of a systematic consultation). This evaluation was done using 5-point Likert scales, ranging from “very satisfied” to “very unsatisfied”. The fourth part included the patients’ attitudes toward the psychologist following the systematic interview: (1) Did the patient re-contact the psychologist? (2) What motivated their request for a counseling? (3) How many sessions did they have? (4) At what time did they ask for that counseling? (5) If they did not have a contact, what motivated their choice not to contact the psychologist?

The last part dealt with the patients’ expectations from a systematic intervention, and were assessed using a 5-point Likert scales ranging from “very important” to “not important at all”: (1) assurance of support and help; (2) possibility to express their feelings over cancer diagnostic; (3) learning ways to communicate the diagnostic to their relatives; (4) freeing themselves from the anguish of the surgery; (5) talking about difficulties over their self-image after the surgery or the treatments; (6) talking about fear of the partner’s

looking at them and their sexuality; (7) getting further information on the disease and the treatments; (8) looking for reassurance; (9) talking about fear of additional treatments.

Statistical analyses

Survey results were summarized descriptively. Patient's profile between the 2 groups (those who re-contacted and those who did not re-contact the psychologist after the systematic consultation), were compared using independent *t*-tests, Fisher Exact test, or Chi-square tests as appropriate.

Results

Satisfaction with systematic consultation

With regard to the patient's satisfaction with the systematic consultation, Table 3 shows that out of the 86 (82.7%) patients who responded to this question, 62 (59.6%) of them were very satisfied or satisfied with the systematic consultation with the psychologist. Seventeen (16.3%) were indifferent to it, and only 7 (6.7%) were poorly satisfied or unsatisfied.

Results also showed that 75 (72.1%) of the women were very satisfied or satisfied with the idea of having the opportunity to consult a psychologist after the diagnosis of cancer. 13 (12.5%) were indifferent to it. Finally, 64 (61.5%) had found that the timing of the first consultation being close to surgery was a good option, while 15 (14.4%) were indifferent to it and 11 (10.6%) found it inappropriate.

Table 3. Patient's satisfaction with the systematic consultation

	Very satisfied n (%)	Satisfied n (%)	Indifferent n (%)	Poorly satisfied n (%)	Unsatisfied n (%)	Total N=104 (100%)
Level of global satisfaction	24 (23.1)	38 (36.5)	17 (16.3)	5 (4.8)	2 (1.9)	86 (82.7)
Opinion on systematic appointment with the psychologist	36 (34.7)	39 (37.5)	13 (12.5)	1 (1.0)	3 (2.9)	92 (88.5)
Appropriate timing of the first appointment	28 (26.9)	36 (34.7)	15 (14.4)	6 (5.8)	5 (4.8)	90 (86.5)

Profile of patients who elected for a psychological follow-up after the systematic consultation and frequency of further consultations

Thirty (28.8%) patients had re-contacted the psychologist for further psychological help (Table 1). These patients were significantly younger ($M = 54.0$; $SD = 9.51$) than those who

did not re-contact the psychologist ($M = 62.4$; $SD = 11.6$), $t(100) = 3.459$, $p < 0.001$. Patients with a professional activity also tended to consult the psychologist more frequently ($n = 40$; 38.5%) than those currently unemployed ($n = 63$; 60.6%), $\chi^2(3, N = 104) = 6.609$, $p = 0.085$. The marital status, the living environment, or the number of children were unrelated to the fact of re-contacting the psychologist (respectively, $p = 0.189$, 0.336, and 0.159). Their cancer characteristics were also similar. Most patients who had re-contacted the psychologist did so during the medical treatments ($n = 15$; 50.0%) or at their end ($n = 7$; 23.3%). Eleven (36.7%) patients re-contacted him after a few days, 9 (30.0%) after a few weeks, and 8 (26.7%) after a few months. Most of the patients who had re-contacted the psychologist ($n = 13$, 43.3%) attended between 2 to 5 appointments.

As shown in Table 4, 74 (71.2%) patients decided not to re-contact the psychologist after surgery, although 17 (23.0%) of them had thought of re-contacting him (Table 4). This thought occurred during ($n = 2$, 11.8%) and just after ($n = 5$, 29.4%) the medical treatment, or within a few months of the first appointment ($n = 10$, 58.8%). The majority of the patients who did not re-contact the psychologist ($n = 38$, 51.4%) simply did not feel the need for psychological help. Furthermore, another psychologist already followed 6 (8.1%) of these patients. Lack of time and distance from the clinic also influenced the choice of not pursuing the psychological support, with 5 (6.8%) and 4 (5.4%) patients in each case respectively. The dimension of unsatisfactory contact with the psychologist also explained the choice for 5 (6.8%) patients.

Table 4. Re-contact and non re-contact information

Characteristics	Re-contact n=30	No re-contact n=74
Thought of re-contact, n (%)		
No	-	53 (71.6)
Yes	-	17 (23.0)
Missing	-	4 (5.4)
If yes, when?, n (%) ^a		
During treatment	15 (50.0)	7 (41.2)
At the time of the BILAN	7 (23.3)	5 (29.4)
During treatment + BILAN	1 (3.3)	2 (11.8)
Other	6 (20.0)	1 (5.9)
Missing	1 (3.3)	2 (11.8)

If yes, how long after first psychological appointment, n (%) ^a		
A few days	11 (36.7)	2 (11.8)
A few weeks	9 (30.0)	5 (29.4)
A few months	8 (26.7)	7 (41.2)
> 1 year	1 (3.3)	0
Missing	1 (3.3)	3 (17.6)
If yes, how often did intention come back, n (%) ^a		
Not often	-	5 (29.4)
A few times	-	5 (29.4)
Ponctually	-	4 (23.5)
Regularly	-	2 (11.8)
Very often	-	1 (5.9)
Reason for not re-calling, n (%)		
Did not feel need for psychological help	-	38 (51.4)
Already followed by an psychologist external from the centre	-	6 (8.1)
Lack of time	-	5 (6.8)
Contact was difficult or unsatisfactory	-	5 (6.8)
Living too far	-	4 (5.4)
Lack of courage or energy	-	2 (2.7)
Wish for an psychologist external from the centre	-	1 (1.4)
Other	-	5 (6.8)
How many further appointments did the patient attend, n (%)		
1	2 (6.7)	-
2-5	13 (43.3)	-
5-10	8 (26.7)	-
> 10	5 (16.7)	-
Missing	2 (6.7)	-

Note: ^a Percentages on no re-contact were derived from the number of patients who thought of re-contacting the psycho-oncologist.

Expectations of the systematic consultation

The survey also examined the patients' expectations about the systematic consultation. As shown in Table 5, the expectations judged as "very important" by the patients were about the assurance of support and help (46 patients, 44.2%), the possibility to express their feelings over the cancer diagnostic (44 patients, 42.3%). Forty (38.4%) patients also looked

for reassurance, 39 (37.5%) to get further information on the disease and the treatments, and 37 (35.6%) wished to talk about their fear over treatments additional to the surgery. The opportunity to talk about the difficulties they have over their self-image after the surgery or the treatments and to free themselves from the anguish of the surgery were also judged as very important by a similar proportion of patients (31.8 and 30.8% respectively). Finally, the patients found it less important to learn the ways to communicate their diagnostic to relatives, or to talk about their fears of the partner's looking at them and their sexuality (31, 29.8% and 25, 24.0% respectively).

Table 5. Patients' expectations at the first psychological appointment

	Very important	Important	Indifferent	Not really important	Not important at all	Total N=104 100%
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Assurance of support and help	46 (44.2)	24 (23.1)	12 (11.5)	3 (2.9)	2 (1.9)	87 (83.7)
Possibility to express feelings over cancer diagnostic	44 (42.3)	24 (23.1)	13 (12.5)	4 (3.8)	2 (1.9)	87 (83.7)
Learn ways to communicate diagnostic to relatives	29 (27.9)	16 (15.4)	31 (29.8)	6 (5.8)	7 (6.7)	89 (85.6)
Free themself from anguish of surgery	32 (30.8)	29 (27.9)	16 (15.4)	4 (3.8)	3 (2.9)	84 (80.8)
Talk about difficulties over self-image after surgery or treatments	33 (31.8)	25 (24.0)	21 (20.2)	7 (6.7)	3 (2.9)	89 (85.6)
Talk about fear of the partner looking at them and of sexuality	21 (20.2)	24 (23.1)	25 (24.0)	9 (8.7)	6 (5.8)	85 (81.7)
Get further information on disease and treatments	39 (37.5)	28 (26.9)	13 (12.5)	5 (4.8)	4 (3.8)	89 (85.6)
Look for reassurance	40 (38.4)	33 (31.8)	10 (9.6)	2 (1.9)	4 (3.8)	89 (85.6)
Talk about fear of additional treatments	37 (35.6)	31 (29.8)	11 (10.6)	6 (5.8)	4 (3.8)	89 (85.6)

Discussion

Besides a primary role for the specialist physician in the psychological support of cancer patients (Libert et al., 2006), which is due to his important place in the patients' cancer treatment, a specific psycho-oncological intervention may also be of importance (Andersen, Yang, & Farrar, 2008). However, when this intervention is only suggested, only a part of the patients will ask for it. The aims of the study were two-fold: (1) to obtain a clearer insight on the needs for a psychological interview among breast cancer patients; (2) to assess which fraction of them will ask for a specific psycho-oncological follow-up. Up to

now, psycho-oncological interventions have either been supportive clinical interviews, with no systematic questioning of the expectations of patients (Bramsen et al., 2008), or totally structured interviews with systematic check-lists (Roth et al., 1998). The first approach does not question systematically the patient's needs. The second approach is too structured to allow patients to freely express their needs and expectations. Hence, in order to address these two issues, we have developed a psychological semi-structured interview that is systematically proposed to all inpatients during their stay for a breast cancer surgical intervention. In these interviews, patients can freely express their feelings about the type of support they expect from a psycho-oncological interview. We analyzed this first meeting. All patients are free to pursue a further psycho-oncological support and we analyze the psychosocial and medical factors that are related to that choice.

Several features can be highlighted from this first interview. Firstly, patients expect principally from the interview a support for emotional expression and for reassurance, an opportunity to express their fears and to obtain complementary medical information on illness and treatment. Secondly, we can also identify the factors that predicted the search for psychological support: Those who accept further psychological care after hospitalization are among the youngest of the population and most often have a job. It thus seems that the sudden lifestyle change after cancer diagnosis, for those who are active professionals motivates psychological support seeking. Thirdly, the burden of the disease, that is increased in situations such as invasive surgical treatment (mastectomy) or when radiotherapy or chemotherapy is necessary, does not influence the psychological follow-up. Fourthly, requests for counseling on how to communicate with children or other family members are also not a priority for asking for an intervention by the psychologist. We and others have observed that these types of requests usually must come in a second step, after remission of the disease (Zelek et al., 2010).

Furthermore, our survey shows that 28.8% of patients consulted a psychologist after the first consultation. These figures are in keeping with the data found in the literature. A research by Libert et al. (2006) in Belgium indicated that 78 % of cancer patients wanted to be supported by medical specialists. Obtaining medical information and reassurance about vital prognosis of the disease motivates preferential search for medical support (Libert et al., 2006). The support that physicians can provide has an important role in listening and discussing with their patients (Razavi & Delvaux, 2002). Furthermore, physicians are most often the only professionals to provide psychological care for patients (Libert et al., 2006).

Therefore, what is the role of the psycho-oncologist? It is important to understand the specificity of the psychologist in oncological units. In most situations, members of the multidisciplinary team and especially physicians are usually sufficient to provide emotional support to patients. The psychologist will intervene in situations where patients expect to obtain the assurance of a support in case of difficulty to cope with the cancer evolution, when they look for more reassurance about their fears. The psychologist will also be expected to provide the opportunity to the patients to express their feelings about their cancer and its consequences/aftermaths. However, the study also supports that mainly a category of patients will ask for this type of psychological support: patients that are young

and still active professionally. We hypothesize that for this category of patients, the psychologist has an important role in the psycho-social reintegration after the remission of cancer, as previous studies have pointed out (Van Weert et al., 2005; Zelek et al., 2010). In the case of metastatic patients, the therapeutic process is also important in the adaptation to successive bereavements (Bacqué, 2000).

Limitations

Like many studies, this survey has some limitations. Firstly, it was based on a questionnaire designed by ourselves, which was aimed at evaluating our services. The use of validated tools would be more appropriate. Secondly, the breast cancer population was studied, but we would suggest studying patients with various types of cancer, and including both genders in order to better evaluate the systematic interview. Furthermore, a prospective study would also permit a better assessment and give more reliable results than a retrospective study.

Recommendations

In oncology, physicians are most often the only professionals to provide psychological care for patients. However, multidisciplinary work is in full development, and the psycho-oncologist, as a part of this multidisciplinary team has an important role in the emotional support during treatment and the psychosocial reintegration after the remission of cancer. A systematic consultation with a psychologist at entry may potentially also decrease negative stereotypes toward psychological help, improve therapeutic alliance and help patients to cope with their cancer-related biopsychosocial needs.

Chapitre 3

Intérêt de la rencontre systématique avec un psycho-oncologue :

Etude longitudinale menée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein

Abstract

Objective: Cancer patients experience distress, for which a psychological support might be beneficial. However patients usually will not ask for this intervention and only a minority accepts a psychological follow up. To increase the proportion of patients who may benefit from psychological support, a meeting was systematically implemented in our hospital, within days following the announcement of a breast cancer diagnosis. In this longitudinal study, we aimed to assess the interest and the efficiency of such an intervention on the distress across the stages of the oncological treatment. **Method:** An intervention group was compared to a control group that did not receive the visit of the psychologist. The study integrated information on sociodemography and disease, anxiety, and depression symptoms, coping strategies, and patients' needs. Patients were assessed on three occasions (diagnosis, treatment and end of treatment). **Results:** The systematic meeting led to a decrease in depression symptoms, in needs of medical information and a mobilization of distractive coping strategies in comparison to the control group. A significant decrease in anxiety symptoms and a spontaneous mobilization of palliative coping strategies against anxiety were also observed in both groups. **Discussion:** Results indicate that a meeting with the psychologist can be helpful to cope with cancer. However, it also highlights the importance of coping strategies from cancer patients. Hence, although the intervention of a psycho-oncologist is not always necessary, a systematic meeting is an adequate time where a possible psychological consultation is proposed.

Keywords: Psycho-oncology, Systematic meeting, coping, distress, needs, breast cancer

Reference: Ogez, D., Brison, C., de Timary, Ph., Berlière, M., Gueibe, P., de Brouhoven, E., Winston, S., Gilquin, A., Van Maanen, A., Aimont, M., Meulemans, S., Duhoux, F., Zech, E. (2015). *The interest of a systematic meeting with a psycho-oncologist. Longitudinal study in women after the diagnosis of a breast cancer.* Manuscript submitted for publication.

Intérêt de la rencontre systématique avec un psycho-oncologue

Etude longitudinale menée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein

The WHO estimated at 14.1 millions the number of new cancer cases and at 8.2 millions the number of deaths from cancer that occurred in 2012, compared respectively to 12.8 and 7.6 millions in 2008 (Ferlay et al., 2013). The prevalence estimates for 2012 showed that there were 32.6 millions of living people (aged over 15 years) in whom a cancer had been diagnosed during the previous five years. Due to the potentially lethal consequences of cancer, the impact of the announcement of this disease generates psychological difficulties that may be detrimental to patients. Hence, many authors have indicated the importance of psychological interventions after a diagnosis of cancer (Andersen, Yang, & Farrar, 2008; Goerling et al., 2014; Razavi & Delvaux, 2002) and other studies have supported the effectiveness of such interventions (Classen et al., 2001; MacLeod, Elliott, & Rodgers, 2012; Vella & Budd, 2011).

However, the reasons supporting the importance of psychological interventions in cancer patients have not been studied in a detailed manner yet. Several studies have evaluated the needs expressed by cancer patients in the period that follows the announcement of the diagnosis (Libert et al., 2006; McIlmurray et al., 2001; Schag & Heinrich, 1990). Razavi (2005) tested patients' needs among 980 cancer patients recruited in seven hospitals. This study highlighted that the patients expressed the importance of various needs related to different aspects of the specific situation after the announcement: needs related to the physical consequences of cancer, to the communication with the medical community, as well as needs related to psycho-social, sexual and marital dimensions.

In cancer patients, in addition to the observations concerning the needs, several studies have also examined the importance of emotional distress. Thirty-five to forty-five percent of patients suffer from emotional distress (Bultz & Carlson, 2006; Potash & Breitbart, 2002; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001) that can sometimes be important and even represent a real psychiatric disorder. The psychiatric disorder is most often the consequence of the cancer itself and can be qualified as an adjustment disorder. Derogatis et al. (1983) have indeed shown, in a survey on the psychopathological status of 250 cancer patients after a cancer diagnosis, that 47% expressed symptoms of a psychiatric disorder and that in two thirds of that subpopulation, the psychiatric symptoms were the consequence of the cancer and therefore their psychiatric disorder could be considered as an adjustment disorder. Adjustment disorder is defined by the DSM IV-R as "the development

of clinically significant emotional or behavioral symptoms in response to an identifiable psychosocial stressor or stressors" (APA, 2003, p. 783). The cancer diagnosis is also sometimes associated with the development of symptoms of anxiety disorders and/or major depression. Major depression is observed in 10 to 15% of cases (Breitbart & Alici, 2009; Dauchy et al., 2007) and pathological anxiety in 10-30% of cancer patients (Hopwood, Sumo, Mills, Haviland, & Bliss, 2010), the frequency depending probably on the nature of the instrument used and the population studied. Moreover, people who are confronted to a death threat naturally present anxiety. Anxiety is generally considered as an appropriate response to a threat (Razavi & Delvaux, 2008). However, when anxious symptoms are too pronounced and interfere with the patient's therapeutic care, the anxious reaction is considered as inappropriate (Henselmans et al., 2010).

In response to the announcement of a cancer diagnosis, patients may use different coping strategies, that focus either on the problem or on the emotion (Lazarus & Folkman, 1984). Strategies focussed on the emotion have most often been shown to be inefficient (Cayrou et al., 2001; Jadoulle et al., 2006), probably because they allocate too much attention to the disease and its uncontrollable, possibly lethal, outcome. Conversely, strategies focused on the problem were shown to reduce distress significantly (Jadoulle et al., 2006; Paulhan, 1994; Razavi & Delvaux, 2002) because they support the possibility of a distraction, and because they help providing patients with a sense of agency, by restoring hope or by helping considering alternative responses to the ones proposed by physicians (Razavi & Delvaux, 2008; Spiegel et al., 2007).

One important difficulty observed in cancer patients is the fact that they will not spontaneously ask for psychological support by psychologists (Ogez, Zech, Machiels, Luts, & de Timary). Indeed, Libert et al. (2006) showed that the specialist physician and the family environment were often considered by patients as the best people to help them cope with their difficulties. The need to meet a psychologist was expressed by only 14% of the population of patients after screening. There is therefore probably a difficulty for cancer patients to decide to consult a psychologist, even when screening has revealed distress or needs (Merckaert et al., 2010) that he could help cope with.

To overcome the difficulty of cancer patients to have access to psychological care, we decided to plan a systematic meeting between patients and the psychologist and this was supported by the hospital transdisciplinary team (Ogez, Colmant, Zech, & de Timary, 2014). This meeting had 3 objectives: (1) to introduce the transdisciplinary oversight team, (2) to listen to the patient's experience, allowing an assessment of their needs, distress and coping strategies, and finally (3) to allow psychological follow-up requests to emerge after the interview with the psychologist, who supported an introspective experience, thus improving the patient's distress perception, or responded to his needs. Furthermore, we expected that this specific systematic meeting with a psychologist would help the most distressed patients to further ask for psychological support.

In order to study the benefit of this systematic approach, we conducted a longitudinal study with breast cancer patients. Four hypotheses were tested. The first hypothesis was

that patients who met the psychologist systematically would have fewer needs during oncological treatments. The second hypothesis was that, after 9 months, the patients who met the psychologist systematically would have less psychological distress than the patients who did not. The third hypothesis tested was that patients who met the psychologist systematically would develop new adaptive coping strategies. The fourth hypothesis was that the decrease in anxiety and depression would be related to the coping strategies of patients.

Method

Procedure and responders

Cancer patients hospitalized for breast surgery, in 3 Belgian hospitals, between February 2011 and June 2012 were invited to participate to our study and signed an informed consent. All patients were French-speaking. Inclusion criteria were (1) Age more than 18 years old; (2) Being aware of the cancer diagnosis; (3) Being able to complete the questionnaires by themselves. The feasibility of the study was initially assessed during 2 months, during which 26 patients were asked to respond to the questionnaires only (see their description in the Measures section below), without attending any systematic meeting with the psychologist. These patients are referred to as the control. All patients recruited afterwards (N = 105) were proposed to meet a psychologist systematically and to complete the questionnaires.

Altogether, the 131 patients were asked to answer questionnaires at the beginning (Time 1), 4 (Time 2) and 9 (Time 3) month later, by post or internet (Limesurvey). Altogether, 131 patients participated at Time 1, 63 returned the questionnaire at Time 2, and 39 at Time 3. The ethical committee of our institution approved the research protocol.

Measures

The questionnaire consisted of four parts.

Socio-demographic and disease questionnaire

Demographic characteristics were based on participants' self-reports and included gender, age, cultural background, marital status, family, education, and employment status. Disease and psychological characteristics were obtained from patients and medical reports including personal history of cancer, cancer diagnosis, and psychological history.

Anxiety and depression scale

The *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) is a self-rating scale that was developed for use in general medical patients. It consists of two subscales of 7 items each, measuring anxiety and depression. Each item is scored between 0 and 3. Each sub-scale score is obtained by summing up the 7-items scores, hence ranging from 0 to 21. Bowling (2004) proposed 3 levels of distress for each sub-scale: under 7 (no

case), between 8 and 10 (suspected case) and more than 11 (complicated case). The two-factor structure of HADS has been confirmed in a cancer context (Jadoulle et al., 2006). The scale has been translated and validated in French (Razavi, Delvaux, & Farvacques, 1989). In the current sample the Cronbach's α were of .82 and .73 at time 1, .74 and .79 at time 2 and, .85 and .81 at time 3 for Anxiety and Depression respectively.

Scale of needs for Cancer Patients

The *Cancer Rehabilitation Evaluation System – Short Form* (CARES-SF) (Coscarelli, Ganz, & Heinrich, 1991) gathers specific information concerning day-to-day problems and rehabilitation needs of cancer patients. The basic CARES-SF containing 40 items is highly related to the 139-item large version of the CARES ($r = .98$), and has acceptable internal consistency of summary scales ($\alpha = .85$ to .61, Coscarelli Schag, 1991). Each item is scored on a Likert scale between 0 (*not at all*) and 4 (*very much*). CARES-SF scores are obtained by addition of scores of each need item. This allows to calculate a Global-CARES-SF score and specific needs sub-factors scores representing respectively (1) Physical needs: the physical changes and disruption of daily activity caused by the disease or treatment; (2) psychosocial needs: psychosocial issues, communication, and relationship problems (other than partner's problems); (3) medical Interaction needs: problems interacting and communicating with the medical team; (4) marital needs: problems associated with a significant, marital-type relationship; and (5) sexual needs: problems related to interest and performance of sexual activity. In the current sample the Cronbach's α were .80, .78, .62, .73, .74 for physical, psychosocial, medical interaction, marital and sexual needs respectively at Time 1; .79, .74, .64, .79, .80 for physical, psychosocial, medical interaction, marital and sexual needs respectively at Time 2; .86, .81, .70, .67, .78 for physical, psychosocial, medical interaction, marital and sexual needs respectively at Time 3.

Coping Strategies scale

The *Coping with Health Injuries and Problems* (CHIP) (Endler, Courbasson, & Fillion, 1998) has been developed to assess coping strategies with a variety of health problems and injuries. The CHIP integrates four coping strategies: (1) emotional preoccupation, (2) palliative coping, (3) instrumental coping, and (4) distractive coping. The items of this scale were assessed on a 5-point Likert scale (from *Not at all* to *Extremely*). The CHIP presents good psychometric properties and that had been validated in a population of breast cancer women (Jadoulle et al., 2006). In the current sample, Cronbach's α were of .76, .52, .71, .62 for emotional preoccupation, distractive, palliative and instrumental coping respectively at time 1; .78, .58, .66, .69 for emotional preoccupation, distractive, palliative and instrumental coping respectively at time 2; .81, .66, .75, .72 for emotional preoccupation, distractive, palliative and instrumental coping respectively at time 3.

At Time 1, patients had to fill in all four questionnaires, at Time 2 and 3, all questionnaires except the socio-demographic one.

Statistical analyses

Statistical analysis included descriptive statistics on sociodemographics, medical, and psychological data. Differences between the control and the systematic meeting group were tested by repeated measures ANOVA, the Chi-square test and t-test based on the hypotheses tested. Assumptions behind the use of parametric tests were tested. The effectiveness of the coping strategies was tested using Pearson's' correlations. Statistical analyses were performed using SPSS 22 software.

Table 1. Socio-demographic information

Characteristics	Systematic meeting (n=105)	No Syst meeting (n=26)	Total (n=131)	Statistical Test ¹
Age (years)				
Mean	57.4	61.8	58.3	1.64 ^a †
SD	11.6	13.1	12	
Min	26	40	26	
Max	84	85	85	
Missing	1	1	2	
Age category, n (%)				
≤ 60 years	60 (57.5)	12 (48.0)	72 (55.8)	7.68 ^b
> 60 years	44 (42.5)	13 (52.0)	57 (44.2)	
Missing	1	1	2	
Marital status, n (%)				
In couple	78 (75.0)	15 (60.0)	93 (72.1)	2.25 ^b
Alone	26 (25.0)	10 (40.0)	36 (27.9)	
Missing	1	1	2	
Children, n (%)				
No	25 (24.4)	3 (12.5)	28 (21.9)	1.51 ^b
≥ 1	79 (75.6)	21 (87.5)	100 (78.1)	
Missing	1	2	3	
Scolarity, n(%)				
No study	1 (1.0)	1 (4.2)	2 (1.6)	2.71 ^b
Primary	6 (5.8)	1 (4.2)	7 (5.5)	
Humanity	39 (37.9)	11 (45.8)	50 (39.4)	
Superior School	36 (34.9)	7 (29.2)	43 (33.8)	
University	21 (20.4)	4 (16.6)	25 (19.7)	
Missing	2	2	4	
Professional Activity, n (%)				
Yes	44 (42.3)	6 (24.0)	50 (38.7)	2.84 ^b †
No	60 (57.7)	19 (76.0)	79 (61.3)	
Missing	1	1	2	

Note: ¹ p-values obtained from unpaired t-test^a and Chi-Square test^b : ** < .01 * < .05 † < .1

Results

Characteristics of the patient sample

The mean age of responding patients was of 58.3 ± 12 years old. 72.1 % women were married or in couple and 78.1 % had at least one child. Five point five percent had studied up to the end of primary school, 39.4 % up to the end of secondary school, and 53.5 % up to superior school (university or not). Finally, 38.7 % of women had a job, while 61.3 % had temporarily stopped professional activity or were unemployed. The two groups were similar for age, marital status, presence/absence of children, educational level and employment status (see Table 1).

Table 2. Medical and psychological information

Characteristics	Systematic meeting (n=105)	No Syst meeting (n=26)	Total (n=131)	χ^2 test
History of cancer, n (%)				
Yes	22 (24.7)	3 (11.5)	25 (21.7)	2.05
No	67 (75.3)	23 (88.5)	90 (78.3)	
Missing	16	0	16	
Discovery Cancer, n (%)				
Systematic screening	53 (69.7)	9 (69.2)	62 (69.6)	.001
Self discovery	23 (30.3)	4 (30.8)	27 (30.4)	
Missing	29	13	42	
Psychological problems before cancer, n (%)				
Yes	28 (26.9)	9 (34.6)	37 (28.5)	.60
No	76 (73.1)	17 (65.4)	93 (71.5)	
Missing	1	0	1	
Psychological FU before Cancer, n (%)				
Yes	11 (10.8)	4 (16.0)	15 (11.8)	.52
No	91 (89.2)	21 (84.0)	112 (88.2)	
Missing	3	1	11 (10.6)	
FU by external Psychologist since diagnosis, n (%)				
Yes	18 (19.8)	4 (19.0)	22 (19.6)	.01
No	73 (80.2)	17 (81.0)	90 (80.4)	
Missing	14	5	19	

Note: p-values obtained from Chi-Square test: * * < .01 * < .05 † < .1 ; FU = Follow up

About medical aspects, 78.3 % of patients had no previous history of cancer. Most breast cancers (69.6 %) were detected through systematic screening. Regarding psychological aspects, 28.5% of women had psychological problems before their cancer. Twelve percent of the patients had already a psychological follow up before this disease

and 19.6 % already had a psychological consultation outside the hospital since the diagnosis. Both groups were similar for all these aspects (see Table 2).

Table 3. Comparison between the systematic consultation and control group for patients that completed the 2 times of the study

	Variables (n)	Times	Systematic meeting		Time	Condition	Interaction
			Yes (n=49)	No (n=13)			
			<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Needs	Physical (n=35)	1	9.00 ^a (6.11)	15.33 ^a (14.59)	.00	2.73 †	.93
		2	10.82 ^a (6.43)	13.33 ^a (8.54)			
	Social (n=38)	1	12.56 ^a (6.61)	16.16 ^a (10.55)	.62	.64	.69
		2	12.62 ^a (7.61)	14.00 ^a (9.20)			
	Medical Interaction (n=51)	1	1.85 ^a (2.80)	1.45 ^a (2.97)	3.99 *	1.5	5.91 **
		2	1.60 ^a (2.39)	4.00 ^b (5.51)			
	Marital (n=55)	1	2.93 ^a (3.11)	2.00 ^a (2.33)	2.96 †	.45	.29
		2	3.58 ^a (3.79)	3.25 ^a (2.92)			
	Sexual (n=40)	1	2.69 ^a (3.12)	1.00 ^a (1.15)	5.87 *	.04	2.26
		2	3.33 ^a (3.04)	3.71 ^b (3.09)			
Distress	Anxiety (n=57)	1	9.28 ^a (5.00)	9.81 ^a (4.85)	3.87 *	.30	.11
		2	7.86 ^b (3.53)	8.81 ^a (4.81)			
	Depression (n=57)	1	3.97 ^a (3.15)	2.91 ^a (2.39)	3.46 †	.002	4.28 *
		2	3.86 ^a (3.20)	5.00 ^b (3.35)			

Coping	Distractive (n=50)	1	26.29 ^a (4.92)	30.11 ^a (5.57)	5.58 *	.27	12.53 ***
		2	27.26 ^a (5.41)	25.22 ^b (3.92)			
	Palliative (n=44)	1	25.00 ^a (5.66)	25.12 ^a (7.54)	3.52 †	.15	1.08
		2	27.61 ^b (5.39)	25.87 ^a (4.48)			
	Instrumental (n=50)	1	32.66 ^a (5.47)	35.90 ^a (2.80)	1.17	1.28	3.93 *
		2	33.33 ^a (5.41)	33.63 ^b (3.74)			
	Emotional Concern (n=48)	1	24.36 ^a (7.71)	24.10 ^a (9.04)	.10	.02	.04
		2	24.81 ^a (7.12)	24.20 ^a (8.58)			

Note: Needs, distress, and coping respectively correspond to CARES-SF, HADS, and CHIP questionnaires.

n refers to those responding to the 2 times of the study.

p-values from Anova Repeated measures : *** < .001 ** < .01 * < .05 † < .1

Relationship between systematic meeting with a psychologist and evolution of needs, distress, and coping

Results of patients' needs, distress and coping for patients that completed the two and the three times of the survey are indicated respectively in Table 3 and 4.

Needs

A significant Time by Condition interaction was observed only for the needs for medical information. There was no difference between the groups at the time of diagnosis but a significant increase in needs for medical information for the patients who did not meet the psychologist systematically at 3 months, $F(1, 49) = 5.91$, $p = .019$, and at 9 months, $F(2, 29) = 3.50$, $p = .043$ (see Table 3). Concerning the sexual needs, only a time effect was observed indicating a significant increase in needs between diagnosis and 3 months ($F(1, 38) = 5.87$; $p = .02$) and again after 9 months ($F(2, 20) = 6.50$; $p = .007$). Concerning other needs, there was no Condition or Time main effects, nor any significant interaction.

Table 4. Comparison between the systematic consultation and control group for patients that completed the 3 times of the study

		Systematic meeting									
		Yes (n=28)	No (n=11)								
Variables (n)	Times	<i>M</i> <i>(SD)</i>	<i>M</i> <i>(SD)</i>	Time	Condition	Interaction					
Needs	Physical (n=25)	1	8.15 ^a (6.85)	15.33 ^a (14.59)	1.10	2.15	.38				
		2	10.05 ^a (7.42)	13.33 ^a (8.54)							
		3	8.21 ^a (6.92)	10.66 ^a (11.32)							
		Social (n=22)	1	13.41 ^a (7.74)				17.60 ^a (11.12)	1.74	.09	1.87
			2	14.11 ^a (7.63)				15.40 ^a (9.55)			
			3	14.00 ^a (7.18)				19.80 ^a (13.10)			
	Medical Interaction (n=32)	1	2.17 ^a (3.39)	1.77 ^a (3.23)	.95	2.95 †	3.50*				
		2	1.26 ^a (1.83)	4.44 ^b (4.82)							
		3	1.69 ^a (2.67)	4.11 ^b (4.01)							
		Marital (n=34)	1	3.00 ^a (2.48)				2.20 ^a (2.48)	2.30	.009	.89
			2	3.16 ^a (3.19)				3.80 ^a (2.89)			
			3	2.37 ^a (2.90)				2.80 ^a (3.19)			
	Sexual (n=23)	1	2.23 ^a (2.77)	1.16 ^a (1.16)	6.50**	.004	1.92				
		2	2.88 ^a (2.89)	4.33 ^b (2.87)							
		3	3.47 ^b (3.77)	3.33 ^b (3.72)							

Distress	Anxiety (n=36)	1	9.74 ^a (5.45)	10.44 ^a (2.70)	1.88	1.11	1.29
		2	7.81 ^b (3.29)	9.55 ^a (3.44)			
		3	7.55 ^b (4.26)	10.44 ^a (3.44)			
	Depression (n=36)	1	3.92 ^a (3.13)	3.00 ^a (2.35)	2.89 †	1.24	4.25 *
		2	4.07 ^a (2.99)	5.70 ^b (3.16)			
		3	3.07 ^{ab} (2.52)	5.60 ^b (5.03)			
Coping	Distractive (n=31)	1	25.86 ^a (4.48)	29.37 ^a (5.47)	2.08	.23	3.75 *
		2	26.52 ^a (6.04)	25.12 ^b (4.18)			
		3	26.73 ^a (5.82)	27.37 ^b (4.24)			
	Palliative (n=25)	1	23.77 ^a (5.79)	23.85 ^a (7.17)	4.73 *	.05	1.58
		2	26.05 ^b (5.56)	25.42 ^a (4.64)			
		3	26.16 ^b (6.27)	28.42 ^a (6.07)			
	Instrumental (n=30)	1	32.23 ^a (6.40)	35.55 ^a (2.92)	1.56	.94	2.81 †
		2	33.04 ^a (5.53)	32.88 ^b (3.62)			
		3	30.80 ^{ab} (6.11)	33.11 ^{ab} (3.91)			
	Emotional preoccupation (n=29)	1	25.09 ^a (8.93)	23.87 ^a (9.04)	.19	.46	.08
		2	25.14 ^a (7.82)	24.75 ^a (9.51)			
		3	24.52 ^a (8.17)	24.00 ^a (8.76)			

Note: Needs, distress, and coping respectively correspond to CARES-SF, HADS, and CHIP questionnaires.
n refers to those responding to the 3 times of the study.
p-values from Anova Repeated measures : * * < .01 * < .05 † < .1

Distress

HADS distress levels were calculated both in a dimensional and categorical approach (using Bowling categories). The categorical approach showed that the proportion of complicated cases was much higher for anxiety where they accounted for 41 to 28 % of the population than for depression, where they accounted for 5 to 6 % of the population.

At the dimensional level, a Time main effect was reported for anxiety levels, indicating that anxiety decreased significantly during the 3 first months after the announcement only, $F(1, 55) = 3.87, p = .05$. There was neither Condition nor Time by Condition interaction effects, indicating that meeting with a psychologist did not influence the evolution of anxiety symptoms.

Concerning the dimensional level of depression symptoms, a significant Time by Condition interaction was found. It revealed that depression symptoms had increased at 3 ($F(1, 55) = 4.28, p = .043$) and 9 months ($F(2, 33) = 4.25, p = .023$) only for patients who did not meet the psychologist whereas it was stable in the other group.

Coping

Results showed that the group, which had not met the psychologist significantly used less distractive coping at 3 months ($F(1, 48) = 12.53, p = .001$) and at 9 months (after cancer treatment) ($F(2, 28) = 3.75, p = .036$) than those who had systematically met the psychologist. The results for instrumental coping showed that patients in the control group tended to use less instrumental coping at 3 months ($F(1, 48) = 3.93, p = .076$) and at 9 months ($F(2, 27) = 2.81, p = .078$).

Relationships between coping strategies and distress

Patients that used distractive strategies reported less depressive symptoms at time of diagnosis, $r(97) = -.262, p = .009$, at 3 ($r(59) = -.396, p = .002$), and 9 months ($r(38) = -.338, p = .038$). The patients that used palliative coping reported less anxiety symptoms at time of diagnosis ($r(92) = -.234, p = .025$) and at 3 months ($r(60) = -.272, p = .035$), but not at 9 months ($r(39) = -.232, p = .156$). Conversely, the patients who used emotional preoccupation strategies presented with higher anxiety scores at the time of diagnosis ($r(99) = .65, p < .0001$), at 3 ($r(60) = .54, p < .0001$), and 9 months ($r(39) = .64, p < .0001$). They also presented with higher scores of depression at time of diagnosis ($r(96) = .51, p < .0001$), at 3 months ($r(60) = .27, p = .034$) and at 9 months ($r(38) = .48, p = .002$).

Discussion

This study aimed at assessing the impact of a systematic meeting with a psycho-oncologist for patients who just received their breast cancer diagnosis announcement. It evaluated the needs, distress, and the coping strategies developed by patients at 3 timepoints: at time of diagnosis, during medical treatment (3 months) and at the end of treatment (9 months).

Results showed that needs for medical information decreased during treatment for the patients who met systematically the psychologist unlike for those who did not meet him. These observations confirm previous study findings on the impact of oncological diagnosis announcement, which induce an overwhelming emotional reaction that impedes a correct processing of the information and an appropriate conversation with the oncologist (Libert et al., 2006; Merckaert et al., 2010; Razavi & Delvaux, 1997). The results suggest that the encounter with the psychologist following the announcement allows the patient to obtain additional medical information, directly by the psychologist himself. Although he is not a substitute to the physician, he may evaluate the patient's degree of understanding of the pathology, and help him seek complementary medical information if needed (Saltel, 2002). One of the roles of the systematic meeting might be to support the collaboration of the patient with the multidisciplinary team (Ogez et al., 2014). In addition, this systematic meeting is an opportunity to discuss the way the diagnosis was announced by the physician, and improve the relationship with him later, contact which may have been negatively stained by the announcement of the diagnosis (Schag & Heinrich, 1990).

However, the systematic consultation unexpectedly did not impact other needs. These results may appear in contradiction with the observations of McIlmurray et al. (2001), which supported that the psycho-oncologists played an important role in responding to psychosocial needs. Nevertheless, that study did not differentiate emotional distress from psychosocial needs. Bultz and Carlson (2006) who differentiated these two dimensions observed that the psychologist was helpful to support patients exposed to emotional distresses but failed to have an effect on the psychosocial needs that can be regulated naturally. Finally, the sexual needs were not influenced by the systematic interview, which is consistent with the observation that sexual issues are only raised within the intimacy of their relationship (Libert et al. 2006). However, we observed that sexual needs increased during treatments in the 2 groups studied, supporting that the medical treatment or the disease somehow refrained the expression of a normal sexuality (Fobair et al., 2006).

In agreement with previous results that showed that the announcement of cancer diagnosis leads to increased distress (Barez, Blasco, Fernandez-Castro, & Viladrich, 2007) and high anxiety levels (Andrykowski & Cordova, 1998; Gonçalves, Jayson, & Tarrier, 2011), we observed 41% of complicated cases of anxiety at the diagnosis announcement. Patients' anxiety levels decreased at 3 and 9 months after diagnosis, independently of the systematic meeting, and in keeping with the results of Fernandez-Castro et al. (2007), which showed a spontaneous recovery for anxiety symptoms. Clinical levels of depression have also been observed after diagnosis announcement in several studies (Hall, Ahern, & Fallowfield, 1999; Hopwood, G., Mills, Haviland, & J., 2010). The experience of cancer may cause a loss of meaning and depressive symptoms in patients (Marchioro et al., 1996). However, only a minority of patients developed a major depression (Dauchy et al., 2007; Spiegel & Giese-Davis, 2003), which is consistent with our observation of around 5% of complicated cases according to the HAD scores. In addition, there was an improvement in the depression scores in patients that benefited from the systematic meeting. The meeting

with a psychologist potentially allows a first analysis of patient's experience, as observed by Gagnon et al. (2014).

Moreover, the study confirmed that following a cancer diagnosis, coping strategies are related in decreasing distress (Cayrou et al., 2001; Jadoulle et al., 2006; Razavi & Delvaux, 2008). The coping strategies focused on the problem and on avoidance of emotion are respectively related to lower scores of anxiety and depression, which is consistent with data obtained in previous studies (Cayrou et al., 2001). Conversely, patients with higher scores of anxiety and depression presented with increased coping strategies focused on emotions (Pauhlan, 1994; Razavi & delvaux, 2008), as will be commented at the end of the discussion.

Overall, in the present study, instrumental coping strategies, i.e., strategies focussing on the resolution of the problem, decreased for patients who not met the psychologist. In this condition, patients tended to use less instrumental coping that consists of a request for help and/or information on the disease at 3 and 9 months while participants who met systematically the psychologist had similar score of instrumental during and after treatment. This suggests that the meeting with the psychologist may keep the recruitment of instrumental coping strategies, such as request for help, for medical information, that they possibly did not obtain or could not treat cognitively at the time of the diagnosis announcement. This result is consistent with Jadoulle et al. (2006), who observed a negative correlation between instrumental coping and medical information needs in a similar population of breast cancer patients. The results on distractive coping, a form of strategy focused on emotional avoidance, were similar. Distractive coping is a form of avoidance with actions and cognitions aimed at avoiding preoccupation with health problems (e.g., thinking of pleasant moments). The results of the present study indicated that the group of patients that not met the psychologist significantly developed less distractive coping at 3 and 9 months than patients who met the psychologist. Distractive coping was related to lower levels of depression but not to anxiety. Therefore, our data are consistent with studies that highlight the importance of distraction, and in particular action, as a mean to decrease depression, by distracting the attentional focus from negative thoughts (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993).

Results showed no other effect of the systematic meeting on coping. However, palliative coping, another form of problem-focused coping that implies a self-help response used to alleviate the unpleasantness of the situation, by making oneself comfortable, getting rest, changing the surroundings, was related to lower levels of anxiety at 3 month but not at 9 months. Our data confirm the conclusions of Endler et al. (1998) who also observed an improvement of anxiety score, at short term after the announcement of a cancer diagnosis, in subjects that developed a palliative coping.

The results showed that preoccupation coping strategies were related to higher levels of anxiety and depression at 3 and 9 months. This observation may be interpreted in the following manner: symptoms of distress likely mobilize emotion-related strategies, but these strategies are not sufficiently efficient to abolish the symptomatology. In the case of

depression, distractive coping appears more efficient, as shown previously by Cayrou et al. (2001).

If the results of our study highlight the interest of a systematic meeting with a psycho-oncologist, it is important to note that the patients also have abilities to develop their own coping strategies with the disease. However, the encounter could be important by allowing the patients to become aware of their own coping strategies and competences. The important strategies developed spontaneously by the patients mean that, for a large proportion of them, a systematic meeting is sufficient during cancer treatment. Conversely, the detection during the systematic interview of an associated psychopathological disorder would suggest that psychological support is necessary, particularly in patients who present depressive symptoms. It is noteworthy to stress that the data and conclusions from this study may not be generalized to male populations, which may present totally different emotional reactions and coping strategies following a cancer diagnosis.

Chapitre 4

Impact de la rencontre systématique avec un psycho-oncologue sur un accompagnement psychologique

Résumé

Introduction: Après l'annonce d'un cancer, une large proportion de patients (environ 40 % selon Bultz et al, 2006) éprouvent une détresse émotionnelle pour laquelle un soutien psychologique pourrait aider. Cependant, le plus souvent, les patients ne demandent pas d'aide psychologique, un accompagnement n'étant accepté que dans 14 à 19 % des cas (Razavi, 2005). Aussi, afin de pallier à cette difficulté dans l'accès aux soins psycho-oncologiques, nous avons implémenté au sein de notre hôpital, une rencontre systématique avec un psychologue suite à l'annonce d'un diagnostic de cancer. A travers une étude longitudinale, nous avons évalué l'efficacité de cette rencontre sur la détresse, l'anxiété, la dépression et la perception du psychologue clinicien. **Méthode:** L'étude intègre plusieurs questionnaires évaluant des informations sociodémographiques et psychologiques, le niveau de détresse ressentie (Distress thermometer), les symptômes anxieux et dépressifs (HADS), et la perception du psychologue clinicien. Les patients, des hommes et des femmes atteints d'un cancer ont été répartis aléatoirement dans deux groupes, un groupe test qui a rencontré le psychologue et un groupe contrôle sans rencontre psychologique. Ils ont été testés à deux occasions: T1 = diagnostic (n = 109) et T2 = à 4 mois du traitement (n = 41). **Résultats :** Les résultats ont montré que chez les hommes, la rencontre systématique augmentait l'évaluation subjective de leur détresse et de leur anxiété auto-rapportée. La rencontre systématique favorisait également la poursuite d'un accompagnement psychologique lors des traitements oncologiques chez les hommes atteints d'un cancer à T2. Concernant les femmes, la rencontre systématique augmentait uniquement l'évaluation du niveau de dépression. **Discussion :** Les femmes avaient une perception positive du psychologue et poursuivaient un accompagnement même lorsqu'elles n'avaient pas rencontré le psychologue systématiquement. Les hommes présentaient un profil différent : même s'ils avaient en général une perception positive du psychologue, ils ne poursuivaient un accompagnement que lorsqu'ils avaient fait l'objet de cette rencontre systématique. Aussi, la rencontre systématique favorise un accompagnement psychologique chez les hommes atteints d'un cancer, leur permettant de mieux rapporter leur détresse et l'anxiété inhérente à l'annonce du diagnostic de cancer.

Mots clés : Cancer, détresse, psycho-oncologie, entretien systématique, anxiété, dépression, accompagnement psychologique

Référence : Ogez, D., Zech, E., Machiels, J.P., Maddalena, F., Coine, N., Gundermann, N., Lannoy, V., de Timary, Ph. (2015). *L'impact d'une rencontre systématique avec un psycho-oncologue sur un accompagnement psychologique*. Manuscrit non publié.

Impact de la rencontre systématique avec un psycho-oncologue sur un accompagnement psychologique

Le nombre de nouveaux cas de cancer augmente chaque année selon l'OMS, qui fait d'ailleurs part de près de 14,1 millions de nouveaux cas de cancer en 2012 (Ferlay et al., 2013). C'est dans ce contexte clinique que des Plans Cancers nationaux ont été instaurés à travers le monde (Onkelinx, 2008). Si ces programmes politiques ont plusieurs objectifs, dont principalement la recherche médicale et le développement de nouveaux traitements anticancéreux, ils ont également permis l'engagement et la formation de psycho-oncologues. En effet, un des objectifs de ces plans politiques était de faciliter la détection et le traitement du sixième signe vital : la détresse émotionnelle (Bultz & Carlson, 2006). Plusieurs études ont d'ailleurs confirmé un taux important de détresse émotionnelle chez les patients diagnostiqués d'un cancer (Bultz & Carlson, 2006; Potash & Breitbart, 2002). Par ailleurs, si cette détresse peut être considérée comme adaptative chez certains patients, elle peut aussi évoluer vers des troubles psychopathologiques tels que les troubles de l'adaptation (Breitbart & Alici, 2009; Epping-Jordan et al., 1999), les troubles anxieux (Breitbart & Alici, 2009; Dauchy et al., 2007) et les troubles dépressifs (e.g., Dauchy et al., 2007; Spiegel & Giese-Davis, 2003; Thibodeau, 2011).

Dès lors, étant donné ces risques psychopathologiques, plusieurs recherches ont été effectuées afin de créer et d'affiner des outils de détections et de diagnostic de la détresse (Bultz & Carlson, 2006; Mitchell, 2007). Aussi, des auto-questionnaires (Bultz & Carlson, 2006; Derogatis et al., 1983; Jacobsen et al., 2005; Zigmond & Snaith, 1983) ou des entretiens semi-dirigés (De La Ménardière, & Vanlemmens, 2010; Knight et al., 2008; Nicholas & Veach, 2000) sont apparus dans les services de cancérologie. Ces outils sont utilisés par des soignants de diverses formations (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux) pour identifier les patients qui nécessitent ou pourraient bénéficier d'un accompagnement psychologique. Dans ce contexte, une évaluation préventive du sixième signe vital permettrait d'éviter aux patients une aggravation de leur détresse en des troubles psychopathologiques (Mitchell, 2007). Cependant, si les soignants doivent être capables d'identifier la détresse psychologique des patients, il est aussi nécessaire qu'une démarche thérapeutique puisse être acceptée par le patient afin que la détresse puisse être adressée préventivement. En effet, Razavi (2005) a montré que le médecin spécialiste et l'environnement familial sont souvent considérés par les patients comme les meilleures personnes pour les aider à faire face à leurs difficultés. De fait, la nécessité de rencontrer un psychologue n'est exprimée que par seulement 14% de la population de patients après le dépistage, ce faible nombre de patients pouvant atteindre 19% lorsqu'une détresse émotionnelle avérée était identifiée (Razavi, 2005).

Razavi (2005) a examiné les raisons de ce faible taux de demande d'intervention psycho-oncologique à travers une enquête menée auprès de 980 patients issus de sept hôpitaux. Selon cet auteur, ce phénomène est essentiellement expliqué par la mise au second plan des difficultés émotionnelles au détriment des difficultés somatiques conséquentes à la maladie cancéreuse et aux soins oncologiques. Cependant, une autre explication peut être envisagée : la peur du traitement psychologique et/ou la peur de la stigmatisation suite à la rencontre avec un psychologue (OCDE, 2013). Une étude menée auprès de 311 étudiants a montré que la peur de la stigmatisation conduisait à une faible demande de consultations psychologiques (Komiya, Good, & Sherrod, 2000), rejoignant de plus anciennes études qui avaient montré une confusion entre le métier de psychologue et celui de psychiatre. En effet, Nelson et Barbaro (1985 ; cité par Vogel, Wester, & Larson, 2007) ont rapporté que 90% de leur échantillon, constitué de patients issus de 27 centres de santé mentale aux Etats Unis, faisaient part de leur crainte à consulter un psychologue étant donné que ces derniers n'intervenaient que dans la prise en charge de la folie. Dans ce cas, il subsiste des stéréotypes que les patients ont des psychologues, ceux-ci découlant d'une méconnaissance du travail du psychologue clinicien. Aussi, cette méconnaissance peut conduire à une mauvaise perception des psychologues et devenir un obstacle dans la rencontre avec le psycho-oncologue. En cancérologie, Merkaert et al. (2010) ont également montré une difficulté d'accès aux soins psycho-oncologiques, soutenant qu'elle était plus importante chez les hommes que chez les femmes. Cette observation corrobore le rapport de l'Institut National de la statistique et des études économiques (Chapireau, 2006) qui rapporte que les femmes ont plus tendance à consulter un psychologue que les hommes parce qu'elles perçoivent mieux leur détresse et qu'elles considèrent plus facilement avoir une mauvaise santé mentale.

Donc, en cancérologie, même s'il semble y avoir une différence entre les hommes et les femmes, les méthodes d'identification de la détresse ne conduisent pas nécessairement à un accompagnement psychologique et de ce fait, à un traitement de la détresse ressentie. Les explications avancées sont la mise en second plan des aspects psychologiques et émotionnels et/ou une mauvaise perception du psychologue. Si ces motifs conduisaient à une difficulté d'accès aux soins psychologiques, il est nécessaire de se questionner sur une méthode d'intervention plutôt « proactive ». Autrement dit, si une demande de soutien psychologique provenant du patient en oncologie est relativement rare, il s'avérerait utile de penser à une stratégie d'intervention qui permettrait à cette demande d'émerger. C'est donc pour pallier à cette rareté des demandes psychologiques que la démarche d'une rencontre systématique avec un psychologue a été proposée aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Lorsqu'un patient reçoit un diagnostic de cancer, un psychologue vient se présenter spontanément et le rencontre personnellement. La rencontre systématique avec un psychologue consiste surtout en une présentation du projet d'accompagnement psychologique et une brève évaluation des besoins et de la détresse du patient. Le fait qu'il y ait une rencontre systématique pourrait également permettre une accroche thérapeutique suffisante au psychologue pour qu'un suivi ultérieur puisse être initié (Ogez, Colmant, Zech, & de Timary, 2014).

Afin d'évaluer l'impact de cette rencontre systématique sur la demande d'accompagnement psychologique et le bien-être des patients atteints d'un cancer, nous avons décidé d'entreprendre une étude longitudinale auprès d'hommes et de femmes atteints d'un cancer. Cette recherche a pour but d'examiner trois hypothèses qui seront testées d'une part, pour l'ensemble de l'échantillon et d'autre part en distinguant les hommes et les femmes. Premièrement, les patients ayant été rencontrés systématiquement auront une perception plus positive du psychologue clinicien que ceux qui n'ont pas été rencontrés. Deuxièmement, les patients qui auront rencontré systématiquement le psychologue juste après le diagnostic présenteront des scores de détresse psychologique plus élevés au deuxième temps de mesure, c'est-à-dire pendant les traitements oncologiques. Enfin, les patients qui auront perçu une détresse psychologique élevée au moment du diagnostic et pendant les traitements oncologiques initieront plus fréquemment une demande d'accompagnement psychologique.

Méthode

Participants

Les patients collaborant à cette étude ont été recrutés au sein du Centre du Cancer des Cliniques universitaires Saint-Luc, à Bruxelles. Les infirmiers coordinateurs de soins de cette institution ont sélectionné des patients récemment diagnostiqués d'un cancer en considérant les critères d'inclusion suivants : (1) être un patient âgé de plus de 18 ans ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer (les patients en rechute ou dont la récurrence provenait de métastases issues d'un précédent cancer ont été écartés), (2) avoir été clairement informé de leur diagnostic, (3) parler et lire le français, (4) ne présenter aucun trouble cognitif majeur et (5) être capable de compléter seul le questionnaire.

Cent neuf patients diagnostiqués d'un cancer (37 hommes et 72 femmes) ont participé au premier temps de mesure de cette étude, c'est-à-dire juste après le diagnostic de cancer (voir Tableau 1). Parmi ces patients, la majorité avait reçu un diagnostic de cancer du sein (57.8%). Dix-neuf pourcents des patients étaient atteints d'un cancer de la prostate, 11,9 % d'un cancer colo-rectal, 5.5 % d'un cancer du poumon, 2.8 % d'un mélanome et 1.8 % d'un cancer tête et cou. La moyenne d'âge des participants était de 56.3 ans ($SD = 10.84$; min = 27, max = 85). La majorité des participants était par ailleurs mariés ou en couple (67%) et avaient pour la plupart des enfants (89.9%). Ils avaient pour la plupart suivi des études supérieures (40.7 % dans l'enseignement supérieur non universitaire et 24.1 % dans l'enseignement universitaire). La majorité (55.3%) de l'échantillon avait une activité professionnelle et était originaire d'Europe occidentale (97.2%).

Tableau 1. Données socio-démographiques au premier temps de mesure
(juste après le diagnostic de cancer)

Caractéristiquess	Hommes <i>n</i> =37	Femmes <i>n</i> =72	Total <i>n</i> =109	Tests
Age (années)				
Moyenne	59.7	54.6	56.3	2.34 ^{a **}
SD	9.05	11.34	10.84	
Min	27	29	27	
Max	76	85	85	
Statut marital, n (%)				
Marié ou PACS	28 (75.7)	45 (62.5)	73 (67.0)	1.92 ^b
Seul	9 (24.3)	27 (37.5)	26 (33.0)	
Enfants, n (%)				
Oui	32 (86.5)	66 (91.7)	98 (89.9)	.72 ^b
Non	5 (13.5)	6 (8.3)	11 (10.1)	
Activité Professionnelle, n (%)				
Oui	20 (54.1)	37 (51.4)	57 (55.3)	.07 ^b
Non	17 (45.9)	33 (48.6)	50 (44.7)	
Manquantes	0	2	2	
Niveau d'education, n (%)				
Primaire	0	2 (2.8)	2 (1.9)	6.99 ^b
Secondaire inf	2 (5.4)	7 (9.9)	9 (8.3)	
Secondaire sup	7 (18.9)	20 (28.2)	27 (25)	
Supérieur non	14 (37.8)	30 (42.3)	44 (40.7)	
Supérieur univ	14 (37.8)	12 (16.9)	26 (24.1)	
Manquantes	0	1	1	
Origine Culturelle, n (%)				
Europe	37 (100)	69 (95.8)	106 (97.2)	2.13 ^b
Hors Europe	0	3 (4.2)	3 (2, 8)	

Note : ^a t-tests ou Chi-carré test

*** $p < .005$ ** $p < .01$. * $p < .05$. † $p < .10$

Concernant les comparaisons de moyennes effectuées dans le cadre de cette étude, mise à part une différence significative de genre pour l'âge des participants, les femmes étant un peu plus jeunes que les hommes, aucune différence significative n'a été trouvée entre les hommes et les femmes pour les variables sociodémographiques.

Procédure

Chaque semaine, les patients nouvellement diagnostiqués par le Centre du Cancer ont été contactés afin de leur présenter l'étude et d'obtenir leur consentement libre et éclairé à y participer. La confidentialité des données récoltées était également garantie.

Après l'accord de participer à cette étude, c'est-à-dire en général une semaine après le diagnostic, un premier questionnaire leur a été envoyé. Deux possibilités de complétion étaient proposées au patient : soit une version papier envoyée par voie postale à leur domicile, avec une enveloppe de retour pré-adressée et prépayée, soit une version informatique sur une plate-forme Limesurvey envoyée sur leur adresse courriel personnelle. La complétion du questionnaire leur prenait en moyenne 30 minutes. S'ils rencontraient des difficultés avec l'un ou l'autre item, ils pouvaient demander de l'aide en contactant le responsable de l'étude par téléphone ou par email. Lorsque le questionnaire n'était pas complété ou renvoyé après une semaine, un rappel était envoyé par email ou téléphone. Si aucune suite à ce rappel n'était donnée, il était considéré que le patient n'acceptait plus de répondre à l'étude.

Ensuite, les participants étaient randomisés aléatoirement, à l'aide d'un tirage au sort, dans deux conditions : soit ils recevaient la visite d'un psychologue (Condition « Rencontre systématique ou RS »), soit ils ne la recevaient pas (condition contrôle ou C). Dans la condition RS, le psychologue réalisait un entretien de 30 à 60 minutes. Lors de celui-ci, il se présentait, proposait l'offre de service psycho-oncologique et échangeait avec le patient sur sa situation et les répercussions potentielles du diagnostic et du début des traitements sur la détresse psychologique qu'il ressentait. Quatre mois après ce premier temps de mesure, soit lors des traitements anticancéreux, les patients étaient recontactés par téléphone afin de leur proposer de répondre à un nouveau questionnaire. S'ils acceptaient, soit un questionnaire papier leur était envoyé par la poste avec une enveloppe prépayée, soit un lien Limesurvey leur était envoyé par courriel. Le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique des Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles. La récolte des données a été effectuée entre mai 2013 et juin 2014.

Questionnaires

Quatre types de questions étaient incluses au Temps 1, c'est-à-dire le moment de l'annonce du diagnostic : (1) des questionnaires sociodémographiques, (2) une évaluation des données médicales, (3) des variables psycho-sociales et (4) des échelles auto-rapportées, qui évaluent la détresse psychologique par le thermomètre de détresse (Bultz & Carlson, 2006), des aspects psychopathologiques anxieux et dépressifs à l'aide du HADS (Zigmond & Snaith, 1983) et la perception du psychologue clinicien (Webb & Speer, 1986).

Les questionnaires utilisés au temps 2 de l'étude c'est-à-dire quatre mois après le diagnostic et donc pendant les traitements anticancéreux étaient : (1) une évaluation des traitements anticancéreux effectués depuis le diagnostic, (2) une évaluation des rencontres avec le psychologue et (3) les mêmes auto-questionnaires qu'au premier temps de mesure.

Données socio-démographiques et médicales

Un premier questionnaire était destiné à recueillir des données d'ordre général sur les personnes : l'année de naissance, l'origine culturelle, la situation familiale (ne vivant pas en couple avec ou sans enfant(s) à la maison, vivant en couple avec ou sans enfant(s) à la maison, en colocation, vivant chez les parents), l'état civil (célibataire, marié ou PACS, séparé, divorcé, veuf), le nombre d'enfants ainsi que leur âge, le niveau d'étude (primaire ou moins, secondaire inférieur, secondaire supérieur, enseignement supérieur non universitaire et universitaire), l'activité professionnelle (travail à temps plein ou temps partiel, incapacité, à la recherche d'un emploi avec ou sans allocation chômage, étudiant, personne au foyer, pré-retraité ou retraité).

Ensuite, un second questionnaire interrogeait les informations médicales suivantes : type de cancer diagnostiqué (question à choix multiples : Cancer du sein, colorectal, de la prostate, du poumon, de la tête ou du cou, mélanome), antécédents médicaux (antécédents oncologiques ou autre), traitements anticancéreux effectués (question à choix multiples : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie).

Données psycho-sociales

Des données relatives à la présence de difficultés psychologiques, au type de traitement médicamenteux reçu pour celles-ci et aux éventuels antécédents d'accompagnements psychologiques ont été collectées. En outre, indépendamment d'une aide professionnelle, des questions concernant le nombre de personnes (de 0 à 5, 6-10, plus que 10 personnes) qui pouvaient apporter un soutien soit concret, soit émotionnel (« vous rassurer ») en cas de difficultés psychologiques ont été ajoutées. Les participants choisissaient pour chaque question le degré de satisfaction à propos de leurs contacts sociaux sur une échelle allant de 1 (*pas satisfait*) à 5 (*totalelement satisfait*).

Le Thermomètre de détresse

Le thermomètre de détresse, est un outil clinique qui est largement utilisé en cancérologie (Bultz & Carlson, 2006) et qui permet d'une part de détecter la détresse émotionnelle et d'autre part, de faciliter un dialogue entre le patient et le soignant dans un contexte de soutien émotionnel (Mitchell, 2007). Cet outil, développé par le National Comprehensive Cancer Network [NCCN] (2005), correspond à une échelle numérique de 0 à 10 et qui permet au patient de définir son niveau de détresse actuelle ressentie, 0 étant aucune détresse et 10, une détresse maximale.

Hospital Anxiety and Depression Scale

L'échelle HADS, développée en 1983 par Zigmond et Snaith (1983) (version française par Razavi, Delvaux, & Farvacques, 1989), est un outil permettant d'évaluer l'anxiété et la

dépression. Elle est constituée de 14 items : 7 items déterminent le degré d'anxiété et les 7 autres, le degré de dépression. Le score de chaque sous-échelle est calculé en additionnant le score de chaque item qui varie entre 0 et 3, chacune des sous-échelles pouvant dès lors atteindre un score maximal de 21. Il existe par ailleurs deux manières de scorer l'HADS : d'une part, en utilisant les scores totaux de chaque sous-échelles (Zigmond & Snaith, 1983) et, d'autre part, en distinguant trois catégories et ce, en fonction de chaque sous-échelle : un score sous la barre des 7 étant considéré comme un «non cas», un score entre 8 et 10 comme un «cas douteux», et un score supérieur à 11 comme un «cas avéré» (Bowling, 2004). L'intérêt d'utiliser le HADS en cancérologie a été souligné par plusieurs auteurs (Jacobsen et al., 2005; Johnston, Pollard, & Hennessey, 2000), car cette échelle n'inclus pas de symptômes physiques pour qualifier les troubles anxieux ou dépressifs, ce qui permet d'éviter une confusion avec l'expression de la maladie cancéreuse. Cette échelle est valide et fiable pour les patients souffrant de maladies somatiques (Jadoulle et al., 2006). L'alpha de Cronbach dans la présente étude pour la sous-échelle d'anxiété était de .83 en T1 et .74 en T2 et, pour la dépression, de .74 en T1 et .79 en T2.

Echelle de perception du Psychologue clinicien

L'échelle de perception du psychologue clinicien (Webb & Speer, 1986) permet d'évaluer le degré de perception positive ou positivité d'un individu envers le psychologue clinicien. L'échelle comprend deux parties. La première évalue les caractéristiques perçues du psychologue clinicien. Les répondants sont invités à évaluer dans quelle mesure 11 groupes d'adjectifs (e.g., « froid, indifférent, introverti, étrange ») permettent de qualifier le psychologue clinicien. Chaque adjectif est coté sur une échelle de Likert allant de 1 (« *pas du tout* ») à 10 (« *complètement, totalement, absolument* »). La deuxième partie consiste en une évaluation de la valence de chacune de ces caractéristiques comme étant positive, négative ou neutre (3 niveaux de réponse).

Le score de l'échelle Webb et Speer (1986) se calcule en deux étapes. D'abord, on additionne parmi les 11 groupes d'adjectifs les scores des évaluations pour ceux catégorisés comme « positifs » et indépendamment ceux labellisés comme « négatifs ». Ensuite, le score de positivité envers le psychologue clinicien est obtenu en soustrayant le total des labels « négatifs » du total des labels « positifs ». Un résultat positif s'interprète comme étant une perception favorable du psychologue clinicien. Dans le cas contraire, le répondant s'exprime défavorablement envers cette profession. Un score de zéro correspond à une perception neutre du psychologue clinicien.

L'échelle de perception du psychologue clinicien, uniquement disponible en anglais, a été traduite pour les besoins de cette étude. Nous avons procédé à une traduction bidirectionnelle (de la langue source à la langue cible, et de la langue cible à la langue source) pour limiter les biais de traduction. Un pré-test a été effectué sur plusieurs personnes (N = 10) et, aucune difficulté particulière en termes de compréhension et/ou de complétion n'a été rapportée. L'alpha de Cronbach dans la présente étude pour la perception du psychologue clinicien est de .78 en T1 et .62 en T2.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques incluent des statistiques descriptives sur les données sociodémographiques, médicales et psychologiques. De plus, les différences d'évolution entre les groupes (test et contrôle) ont été testées par l'ANOVA à mesures répétées, des tests χ^2 , le t-test et plusieurs modèles de régressions logistiques ont été construits en fonction des hypothèses et variables testées. Ces modèles de régressions logistiques ont été construits selon une méthode de régression hiérarchique descendante. Le seuil de p-valeur à l'inclusion est fixé à .05 (IN) tandis que celle d'exclusion à .1 (OUT). Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 22.

Résultats

Données psychologiques de l'échantillon

Concernant les aspects psycho-sociaux, comme l'indique le Tableau 2, 21.1% des patients ont affirmé avoir déjà éprouvé des difficultés psychologiques dans le passé, avant la découverte de leur maladie. Environ Treize pourcents déclaraient avoir consulté un psychologue avant leur diagnostic de cancer. Par ailleurs, 27.5% des patients ont fait part de difficultés psychologiques en lien avec l'annonce de la maladie cancéreuse, avec notamment 11% de l'échantillon qui avaient directement consulté un psychologue extérieur suite à cet événement.

Tableau 2. Données psycho-sociales au moment du diagnostic (T1)

Caractéristiques	Hommes n=37	Femmes n=72	Total n=109	χ^2 test
Difficultés psychologiques avant le cancer, n (%)				
Oui	4 (10.8)	19 (26.4)	23 (21.1)	3.56 †
Non	33 (89.2)	53 (73.6)	86 (78.9)	
Suivi psychologique extérieur, n (%)				
Oui	1 (2.7)	11 (15.3)	12 (11.0)	2.76 †
Non	36 (97.3)	61 (84.7)	97 (89.0)	
Rencontre systématique (Condition), n (%)				
Oui	14 (37.8)	49 (68.1)	63(57.8)	9.14 ***
Non	23 (62.2)	23 (31.9)	46 (42.2)	

Note: *** $p < .005$ ** $p < .01$. * $p < .05$. † $p < .10$

Tableau 3. Données socio-démographiques et psycho-sociales en fonction de la condition de rencontre

Caractéristiques	Rencontre Systématique		Total n = 109	Tests ¹
	Oui n = 63	Non n = 46		
Age (années)				
Moyenne	55.3	57.7	56.3	1.12 ^a
SD	11.4	9.9	10.8	
Statut marital, n (%)				
Marié ou PACS	41 (65.1)	32 (69.6)	73 (67.0)	.24 ^b
Seul	22 (34.9)	14 (30.4)	36 (33.0)	
Enfants, n (%)				
Oui	56 (88.9)	42 (91.3)	98 (89.9)	.17 ^b
Non	7 (11.1)	4 (8.7)	11 (10.1)	
Activité Professionnelle, n (%)				
Oui	56 (54.1)	43 (51.4)	99 (55.3)	.67 ^b
Non	7 (45.9)	3 (48.6)	10 (44.7)	
Niveau d'éducation, n (%)				
Inférieur	24 (38.1)	14 (31.1)	38 (35.2)	.56 ^b
Supérieur	39 (61.9)	31 (68.9)	70 (64.8)	
Manquantes	0	1	1	
Origine Culturelle, n (%)				
Europe	62 (98.5)	44 (95.6)	106 (97.2)	.78 ^b
Hors Europe	1 (1.5)	2 (4.4)	3 (2, 8)	
Sexe, n (%)				
Homme	14 (22.2)	23 (50.0)	37 (33.9)	9.15 ^{b **}
Femme	49 (77.8)	23 (50.0)	72 (66.1)	
Diff Psy avant cancer, n (%)				
Oui	17 (27.0)	6 (13.0)	23 (21.1)	3.10 ^{b †}
Non	46 (73.0)	40 (87.0)	86 (78.9)	
Suivi psy avant cancer, n (%)				
Oui	10 (15.9)	4 (8.7)	14 (12.8)	1.22 ^b
Non	53 (84.1)	42 (91.3)	95 (87.2)	

Note: ¹ t-tests^a ou Chi-carré test^b*** $p < .005$ ** $p < .01$. * $p < .05$. † $p < .10$

Contrairement à ce qui était attendu en fonction de la répartition aléatoire effectuée, les comparaisons de moyennes relatives aux données psycho-sociales ont révélé trois différences significatives entre les hommes et les femmes (voir Tableau 2). Premièrement, les femmes déclaraient plus fréquemment des difficultés psychologiques avant la découverte du cancer que les hommes. Deuxièmement, une plus grande partie des femmes consultait déjà un psychologue avant d'avoir reçu le diagnostic de cancer. Enfin, troisièmement, il y avait plus de femmes dans la condition « rencontre systématique avec le psychologue » que d'hommes. Cette dernière différence significative peut être expliquée par le fait que la rencontre systématique avec les femmes se réalisait lors de leur hospitalisation alors que la rencontre systématique avec les hommes avait lieu lors de consultations ambulatoires. En effet, ces derniers n'étaient jamais hospitalisés dans le cadre de leur maladie à l'inverse des femmes, qui étant sur place à l'hôpital pouvaient être rencontrées de manière plus systématique. Ainsi, il est apparu qu'une proportion élevée des hommes du groupe « rencontre systématique » ne se présentait pas à la consultation avec le psychologue. Par ailleurs, cette différence de genre a été observée dans les comparaisons de moyennes entre les patients qui avaient rencontré systématiquement le psychologue et ceux qui ne l'avaient pas rencontré (voir Tableau 3). Hormis ce résultat, aucune autre différence n'a été constatée.

Relation entre la rencontre systématique et la perception du psychologue clinicien au moment du diagnostic (T1)

Afin de tester si la rencontre systématique permettait d'améliorer la perception que les patients ont du psychologue clinicien, nous avons utilisé l'échelle de Webb et Speer (1986). Le score moyen à cette échelle dans la population totale étudiée ($N = 105$) était de 29.36 ($SD = 27.05$) au premier temps de mesure, c'est-à-dire juste après le diagnostic de cancer. Toutefois, pour évaluer réellement l'impact de la rencontre systématique sur la perception du psychologue, il était nécessaire de comparer entre eux uniquement des patients qui n'avaient jamais rencontré de psychologue au premier temps de mesure. Dans la population étudiée, 12.8 % des patients ($n = 14$) avaient déjà rencontré un psychologue avant la découverte du cancer. L'hypothèse selon laquelle les patients qui ont rencontré le psychologue systématiquement auraient une meilleure perception du psychologue lors des traitements oncologiques a donc été testée auprès d'une population de 91 patients (86.6%). Les résultats montrent que les scores d'évaluation du psychologue étaient largement positifs. En effet, au temps 1 ($n = 91$), les patients de l'échantillon « rencontre systématique » ($n = 51$) présentaient un score de 29.72 ($SD = 28.25$) avant la rencontre et ceux issus du groupe contrôle, qui n'allaient pas recevoir la visite d'un psychologue ($n = 40$), un score de 26.97 ($SD = 28.89$). Au temps 2 ($n = 38$), les patients de la condition « systématique » ($n = 20$) avaient un score de 32.45 ($SD = 19.97$) et ceux du groupe contrôle ($n = 18$), un score de 28.84 ($SD = 28.84$). L'hypothèse fut infirmée puisqu'aucune différence significative n'était constatée entre ces deux groupes, ni au Temps 1, $t(89) = .45$, ns , ni au temps 2, $t(36) = .86$, ns , qu'aucune évolution en fonction du temps ne fut observée, $F(1, 36) = .27$, ns , et surtout l'interaction entre temps et condition s'est avérée

non significative, $F(1, 36) = .86$, *ns*. Ceci indiquait donc que, contrairement à ce qui était attendu, la perception du psychologue n'avait pas évolué de manière différente en fonction de la visite d'un psychologue.

On peut également relever qu'il n'y avait pas de différence de perception entre les hommes et les femmes (au temps 1, $t(89) = .72$, *ns* et au temps 2, $t(36) = 1.08$, *ns*), indiquant que contrairement à notre hypothèse, les femmes n'avaient pas de perception plus positive des psychologues cliniciens que les hommes. Cependant, les résultats montraient que la rencontre systématique avait conduit à une différence de perception du psychologue selon le genre et le temps (interaction Condition X Temps X Genre), $F(1, 34) = 7.77$, $p = .02$. Les résultats du temps 2 ont révélé que la moyenne des scores de perception chez les hommes diminue entre le temps 1 ($M = 25.63$; $SD = 29.64$) et le temps 2 ($M = 23, 57$; $SD = 30.21$), $t(32) = 4.96$, $p < .001$, à l'inverse des femmes, où le score de perception s'améliore entre le temps 1 ($M = 30.15$; $SD = 27.81$) et le temps 2 ($M = 32, 46$; $SD = 20.43$), $t(57) = 8.25$, $p < .001$. De plus, au temps 2, les hommes qui avaient rencontré systématiquement le psychologue tendaient à avoir une perception plus positive du psychologue ($M = 43.17$; $SD = 27.16$) que ceux qui ne l'avaient pas rencontré ($M = 14.33$; $SD = 28.04$), $t(13) = 1.97$, $p = .07$. Cette tendance n'était pas présente chez les femmes qui évaluaient positivement le psychologue, qu'elles l'aient rencontré ($M = 29.87$; $SD = 16,37$) ou non ($M = 36.80$; $SD = 24.91$), $t(23) = 2.60$, *ns*.

Relation entre rencontre systématique et détresse psychologique, anxiété et dépression

Afin de tester l'hypothèse selon laquelle les patients qui ont rencontré systématiquement le psychologue rapporteraient plus de détresse psychologique, des analyses de variance à mesures répétées (deux temps de mesure) et un critère fixe (Condition) ont été effectuées d'une part sur la détresse évaluée par le thermomètre de détresse (NCNN, 2005) et d'autre part, sur les niveaux d'anxiété et de dépression évaluées par le HADS (Zigmond et Snaith, 1983).

La détresse

La population étudiée ($n = 41$) présentait un score moyen de 2.32 ($SD = 2.35$) au thermomètre de détresse suite au diagnostic de cancer. Ce score est resté stable au temps 2 ($M = 2.07$; $SD = 2.40$), à savoir lors des traitements anti-cancéreux (Effet principal du temps, $F(1, 37) = .25$, *ns*). Les résultats ont révélé que les patients qui avaient rencontré systématiquement le psychologue tendaient à avoir une évaluation de leur détresse plus élevée (au temps 1 ($n = 63$), $M = 3.86$; $SD = 2.77$ et au temps 2 ($n = 24$), $M = 2.66$; $SD = 2.58$) que les participants du groupe contrôle qui n'avaient pas vu de psychologue (au temps 1 ($n = 46$), $M = 3.22$; $SD = 2.90$ et au temps 2 ($n = 17$), $M = 1.23$; $SD = 1.88$), $F(1, 39) = 3.08$, $p = .08$. L'interaction Condition X Temps s'est avérée non significative, $F(1, 39) = 2.20$, *ns*, indiquant par-là que, contrairement à l'hypothèse, la rencontre avec un psychologue n'augmente pas la perception de la détresse de manière plus importante que lorsque le patient ne rencontre pas de psychologue. Ainsi, de manière générale pour le

thermomètre de détresse, ceux qui avaient rencontré le psychologue présentaient un niveau de détresse tendant à être plus élevé que ceux qui n'ont pas eu cette rencontre.

Par ailleurs, les résultats ont montré une tendance à la signification pour l'interaction entre la condition et le genre, $F(1, 39) = 3.58, p = .06$. Alors qu'il n'y avait pas de différence de détresse entre les femmes qui avaient rencontré un psychologue systématiquement (au temps 1, $M = 3.06$; $SD = 2.92$ et au temps 2, $M = 2.58$; $SD = 2.39$) et celles du groupe contrôle (au temps 1, $M = 3.60$; $SD = 1.51$ et au temps 2, $M = 2.00$; $SD = 2.54$), $F(1, 20) = .38, ns$, le score de détresse était plus élevé chez les hommes qui avaient rencontré le psychologue (au temps 1, $M = 1.43$; $SD = 1.61$ et au temps 2, $M = 2.85$; $SD = 3.18$) que ceux du groupe contrôle (au temps 1, $M = 1.25$; $SD = 1.42$ et au temps 2, $M = .91$; $SD = 1.56$), $F(1, 17) = 7.20, p = .01$. Ce résultat indique que chez les hommes, le niveau de détresse rapporté était plus important lorsqu'il y avait eu une rencontre systématique avec le psychologue par rapport à la condition contrôle.

L'anxiété

Concernant l'anxiété, la fréquence des cas douteux d'anxiété tendait à augmenter entre les deux temps de mesure, passant de 71.6 % de cas au T1 à 82.5 % au T2, $\chi^2(2, N = 40) = 5.62, p = .06$. De manière consistante, les résultats ont révélé une augmentation significative du score moyen d'anxiété entre T1 ($M = 11.92$; $SD = 3.87$) et T2 ($M = 14.68$; $SD = 3.67$), $F(1,36) = 13.68, p = .001$ pour l'ensemble de l'échantillon. Par ailleurs, l'interaction Temps X Genre s'est également avérée significative, $F(1, 36) = 4.03, p = .05$. Ainsi, si les hommes présentaient un score d'anxiété plus important lors des traitements oncologiques que lors du diagnostic (au T1, $M = 11.47$; $SD = 4.15$ et au T2, $M = 14.68$; $SD = 4.08$), $F(1,17) = 12.76, p = .002$, les femmes, quant à elles, présentaient un score d'anxiété identique entre le moment du diagnostic ($M = 12.33$; $SD = 3.66$) et les traitements oncologiques ($M = 13.85$; $SD = 3.32$), $F(1,19) = 2.01, ns$. Enfin, contrairement à ce qui était attendu, l'interaction Temps X Condition ne s'est pas avérée significative, $F(1, 36) = 1.88, ns$, indiquant par-là que le niveau d'anxiété rapportée n'augmentait pas qu'il y ait eu une rencontre systématique avec le psychologue ou non.

Table 4. Comparaison entre les patients qui ont rencontré systématiquement le psychologue et le groupe contrôle aux 2 temps de l'étude selon le genre

Variables	Temps	Genres	Rencontre Systématique					Temps x condition	Temps x Genre	Temps x condition x Genre
			Oui (n=23) M (SD)	Non (n=17) M (SD)	Temps	Condition	Genre			
HADS	Anxiété (n=40)	Hommes	13.00 (5.65)	10.58 (2.90)	13.68 ***	.079	.09	1.88	4.03 *	.10
		Femmes	11.43 (3.53)	15.20 (2.58)						
		Total	11.91 (4.22)	11.94 (3.49)						
	2	Hommes	17.00 (4.32)	13.33 (3.42)	51.82 ***	.603	.001	5.53 *	6.26 *	2.32 †
		Femmes	13.43 (3.26)	15.20 (3.49)						
		Total	14.52 (3.89)	13.88 (3.44)						
Thermomètre de détresse	Dépression (n=40)	Hommes	6.85 (2.96)	5.58 (2.06)	.25	3.08 †	3.58 †	2.20	2.63 †	.10
		Femmes	6.31 (2.96)	8.60 (2.50)						
		Total	6.47 (2.90)	6.47 (2.55)						
	2	Hommes	12.00 (5.19)	9.91 (2.71)	.277	.96	.079	.86	.30	7.77 **
		Femmes	10.50 (3.22)	9.00 (.07)						
		Total	10.95 (3.86)	9.64 (2.31)						
Webb & Speer Perception du Psychologue (n=35)	1	Hommes	1.43 (1.61)	1.25 (1.42)	.277	.96	.079	.86	.30	7.77 **
		Femmes	3.06 (2.92)	3.60 (1.51)						
		Total	2.58 (2.68)	1.94 (1.78)						
	2	Hommes	2.85 (3.18)	.91 (1.56)	.277	.96	.079	.86	.30	7.77 **
		Femmes	2.58 (2.39)	2.00 (2.54)						
		Total	2.66 (2.58)	1.23 (1.88)						

Note : n correspond au nombre de patients qui ont répondu aux 2 temps de l'étude. p-valeurs issues de l'Anova à mesures répétées: *** < .001 ** < .01 * < .05 † < .1
Temps 1 = moment du diagnostic ; Temps 2 = à 4 mois, lors des traitements ; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

La dépression

Concernant la dépression, la fréquence de cas avérés de dépression tendait à augmenter entre les deux temps de mesure, passant de 19.3 % à T1 à 30 % de cas avérés à T2, $\chi^2(4, N = 40) = 8.40, p = .078$. Ces résultats furent également confirmés par la mesure moyenne de dépression. A l'instar des résultats relatifs à l'anxiété, une augmentation significative des symptômes de dépression entre le moment du diagnostic ($M = 6.85; SD = 2.97$) et le moment des traitements ($M = 10.40; SD = 3.32$) fut trouvée pour l'ensemble des patients, $F(1, 36) = 51.82, p < .001$. De plus, une interaction significative Temps X Genre a également été constatée, $F(1, 36) = 6.26, p = .01$. Pour les femmes, l'augmentation significative de la dépression rapportée entre le moment du diagnostic ($M = 6.85; SD = 2.97$) et celui des traitements ($M = 10.14; SD = 2.88$), $t(20) = 10.84, p < .001$ était moins grande que celle observée pour les hommes (au temps 1, $M = 6.05; SD = 2.43$ et au temps 2, $M = 10.68; SD = 3.81$), $t(18) = 10.57, p < .001$. En outre, la triple interaction Temps X Condition X Genre approchait de la signification, $F(1, 36) = 2.32, p = .13$. En fait, l'interaction Temps X Condition s'avérait significative pour les femmes, $F(1, 19) = 9.64, p = .006$. Il apparaît que les femmes qui avaient rencontré le psychologue présentaient un score de dépression plus élevé entre le moment du diagnostic et les traitements oncologiques (au temps 1, $M = 6.31; SD = 2.96$ et au temps 2, $M = 10.50; SD = 3.22$, $t(15) = -7.62, p < .001$) alors que les femmes qui ne l'avaient pas rencontré avaient un score similaire entre ces deux temps de mesure (au temps 1, $M = 8.60; SD = 2.50$ et au temps 2, $M = 9.00; SD = .70$, $t(4) = .30, p = .77$). A l'inverse, l'interaction Temps X Condition ne s'avérait pas significative pour les hommes, $F(1, 17) = .28, ns$. Ainsi, l'augmentation de niveau de dépression rapportée par les hommes qui avaient rencontré le psychologue (au temps 1, $M = 6.85; SD = 2.96$ et au temps 2, $M = 12.00; SD = 5.19$, $t(6) = -3.28, p = .017$) et ceux qui ne l'avaient pas rencontré (au temps 1, $M = 5.58; SD = 2.06$ et au temps 2, $M = 9.91; SD = 2.71$, $t(11) = -5.92, p < .001$) était similaire entre les deux temps de mesure.

Dimensions prédictives de l'émergence d'une demande de suivi dans le décours des traitements oncologiques

Cinquante-sept virgule cinq pourcent des patients ($n = 23$) qui avaient répondu au temps 2 de l'étude ($N=40$) ont poursuivi un accompagnement psychologique durant les traitements oncologiques. Parmi ceux-ci, 39% ont consulté suite à l'entretien systématique. Dans ce cas, l'entretien systématique a permis à 22.5 % des patients d'entamer un accompagnement durant les traitements oncologiques.

Afin d'évaluer les facteurs qui auraient permis à une demande d'accompagnement d'émerger, nous avons effectué une régression logistique descendante (logistic regression) en utilisant comme prédicteurs potentiels le genre, la condition (rencontre systématique ou non), la détresse, l'anxiété, la dépression et la perception du psychologue, ces quatre dernières variables ayant été mesurées au Temps 1.

Les résultats ont révélé que le modèle final ne retenait que l'anxiété ($p = .01$) et la condition ($p = .07$) comme prédicteurs d'une demande d'accompagnement psychologique au décours des traitements oncologiques (voir Tableau 5). Ainsi, notre hypothèse qui

postulait que la rencontre systématique favoriserait un suivi psychologique a été confirmée par les résultats. Les résultats ont montré que les patients entamaient un accompagnement durant les traitements lorsqu'ils avaient rencontré systématiquement un psychologue, $\chi^2 (1, N = 40) = 3.67, p = .05$.

Table 5. Modèle de régression logistique au temps 1 (résultat final)

Step	Variables incluses	R ² * (%)	β(p-val)	RR [95%LC]
Step 5 / Modèle final	Constante	36.6 %	-7.54 (0.03)	-
	Condition		1.74 (0.07)	5.68 [.85- 37.70]
	HADS-Anxiété-T1		.29 (0.01)	1.34 [1.06-1.79]

Note : * R² de Nagelkerke.

Par ailleurs, nous avons également effectué une régression logistique en utilisant les mêmes prédicteurs mais qui ont été mesurés au temps 2. Dans ce contexte, les résultats ont révélé que le modèle ne retenait que l'anxiété ($p = .03$) et le genre ($p = .07$) comme étant reliés à la demande d'accompagnement psychologique au décours des traitements oncologiques (voir Tableau 6). Si les patients plus anxieux tendent à plus poursuivre un suivi que les autres patients, les résultats de l'étude ont également montré un effet du genre sur l'émergence d'une demande d'accompagnement psychologique, un pourcentage plus important de femmes ayant émis la demande de suivi (38.1%) par rapport aux hommes (14.8 %). Par ailleurs, comme nos analyses ont montré un effet du genre, une comparaison entre les hommes et les femmes a été effectuée. Dans ce contexte, les résultats ont montré que les femmes entamaient un accompagnement durant les traitements et ce, qu'elles aient rencontré ou non un psychologue, $\chi^2 (1, N = 21) = .01, ns$. Par contre, concernant la population masculine, les résultats ont montré que les patients qui avaient rencontré un psychologue entamaient plus fréquemment un suivi que ceux qui n'avaient pas rencontré de psychologue, $\chi^2 (1, N = 19) = 6.10, p = .013$.

Table 6. Modèle de régression logistique au temps 2 (résultat final)

Step	Variables incluses	R ² * (%)	β(p-val)	RR [95%LC]
Step 5 / Modèle final	Constante	39.7 %	-8.89 (0.03)	-
	Genre		2.20 (0.07)	9.05 [.80- 102.60]
	HADS-Anxiété-T2		.31 (0.03)	1.34 [1.02-1.82]

Note : * R² de Nagelkerke.

Discussion

Afin de favoriser les soins psycho-oncologiques et l'accompagnement de la détresse des patients atteints d'un cancer, une rencontre avec un psychologue a été systématisée au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles (Ogez et al., 2014). Cette recherche avait pour objectif principal de tester l'intérêt de cette première rencontre auprès d'hommes et de femmes atteints d'un cancer par le biais d'une étude longitudinale à deux temps de mesures : lors du diagnostic et durant les traitements oncologiques. Dans ce contexte de recherche, trois hypothèses ont été testées.

La première hypothèse consistait à penser que la rencontre systématique permettrait au patient d'acquérir une meilleure perception du psychologue clinicien. Les résultats ont montré que le niveau moyen général de perception du psychologue était assez positif dès le départ, contrairement à l'hypothèse selon laquelle une mauvaise perception pouvait être envisagée initialement. Les recherches de Vogel et al. (2010) et d'Alonso et al. (2009) ainsi que le rapport de l'OCDE (2013) ont en effet décrit la peur de la stigmatisation liée à une mauvaise connaissance du travail du psychologue comme le principal obstacle à un accompagnement psychologique. De plus, si les psychologues cliniciens étaient plutôt perçus positivement dans notre étude, les résultats ne montraient pas de différence de perception entre les patients qui ont rencontré le psychologue systématiquement et ceux qui ne l'avaient pas rencontré. L'hypothèse initiale est infirmée pour la population générale. Cependant, les résultats ont montré une différence de perception du psychologue clinicien en ce qui concerne le genre : les femmes, qu'elles aient rencontré ou non le psychologue, avaient une perception similaire du psychologue clinicien entre le moment du diagnostic et les traitements oncologiques, à l'inverse des hommes qui amélioraient leur niveau de perception du psychologue lorsqu'ils avaient rencontré systématiquement ce dernier. Ces résultats indiquent donc que la rencontre systématique favorise la perception positive que les hommes ont du psychologue et sont consistants avec les études de Merckaert et al. (2010) qui rapportent que la difficulté d'accès aux soins psychologiques est plus importante

pour les hommes que pour les femmes et que la majorité des consultations psycho-oncologiques se faisait auprès de femmes.

La seconde hypothèse consistait à vérifier si les patients qui avaient rencontré systématiquement le psychologue rapportaient un score de détresse, d'anxiété et de dépression plus important que la population contrôle, c'est-à-dire les patients qui n'avaient pas rencontré systématiquement le psychologue lors du diagnostic. Cette hypothèse rejoint Razavi (2005) qui rapportait que les patients ont tendance à mettre au second plan leurs difficultés émotionnelles aux dépens de leurs craintes physiques. Dans le cas présent, nous avons envisagé que la rencontre systématique permettrait chez le patient, la mise au premier plan de leur détresse émotionnelle, de l'anxiété et de la dépression. Les résultats ont montré qu'entre l'annonce du diagnostic et les traitements, la détresse émotionnelle était stable à l'inverse des scores d'anxiété et de dépression qui augmentaient significativement. Par ailleurs, les résultats indiquaient que les hommes rapportent des scores plus élevés de détresse après avoir rencontré le psychologue à l'inverse des hommes qui n'avaient pas rencontré le psychologue systématiquement qui présentaient des scores de détresses similaires. Par contre, les femmes qui avaient rencontré systématiquement le psychologue présentaient un niveau de détresse stable entre le diagnostic et les traitements oncologiques.

En ce qui concerne l'anxiété, les résultats ne montraient aucun effet de la rencontre systématique mais indiquaient toutefois une augmentation du score d'anxiété pour les hommes entre l'annonce du diagnostic et les traitements alors que les femmes rapportaient un score d'anxiété identique entre ces deux temps. Par contre, en ce qui concerne la dépression, les résultats étaient différents. Le score de dépression augmentait entre le diagnostic et les traitements mais il n'était pas plus important chez les hommes qui avaient rencontré systématiquement le psychologue que chez les hommes de la condition contrôle. Dans ce cas, ce sont les femmes qui avaient rencontré le psychologue systématiquement qui rapportaient un score de dépression plus important, confirmant les résultats d'une étude menée auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein (Ogez et al., soumis à la publication) et qui confirme un intérêt de la rencontre systématique sur les symptômes dépressifs chez les femmes.

En général, les résultats relatifs à la détresse rejoignaient les observations de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Chapireau, 2006) qui conclut que les femmes ont davantage tendance à consulter un psychologue que les hommes et ce principalement parce qu'elles perçoivent mieux leur détresse, considérant même avoir une mauvaise santé mentale.

Les résultats ont également montré que 57.5 % des patients qui avaient répondu au temps 2 de l'étude allaient poursuivre un accompagnement psychologique durant les traitements oncologiques, 39% d'entre eux ayant consulté suite à l'entretien systématique. Cette observation montrait un pourcentage de consultations plus conséquent que ce que Razavi (2005) avait rapporté, soit 14 à 19 % de consultation suite à l'annonce d'un diagnostic de cancer. Par ailleurs, la troisième hypothèse, qui renvoyait à l'idée que les patients qui avaient rencontré le psychologue systématiquement auraient plus poursuivi un

accompagnement durant les traitements anticancéreux que les patients qui n'avaient pas rencontré le psychologue dès le diagnostic, a été confirmée pour l'ensemble de la population étudiée. Les résultats ont en effet indiqué deux prédicteurs à un accompagnement psychologique durant les traitements oncologiques : l'anxiété au temps 1 et la condition « rencontre systématique ». Les patients qui avaient un niveau d'anxiété plus élevé au moment du diagnostic avaient tendance à entreprendre un suivi à distance du diagnostic, rejoignant les études de Breitbart et Alici (2009) et de Gonçalves et al. (2011) qui ont mis en évidence l'importance de l'anxiété et des troubles traumatiques sur la demande de consultation psychologique en cancérologie. En ce qui concerne l'impact de la rencontre systématique, une étude approfondie a été effectuée pour mieux la comprendre. Les résultats ont montré une différence en ce qui concerne le genre rejoignant les études de Moller-Leimkuhler (2002, cité par Vogel et al. 2007) et de Vogel et al. (2010) qui ont observé que les hommes consultaient moins un psychologue que les femmes. Les femmes consultaient plus fréquemment durant les traitements oncologiques, qu'elles aient rencontré le psychologue systématiquement ou non. A l'inverse, les hommes, qui selon les résultats, consultaient moins le psychologue, allaient entreprendre un accompagnement psychologique durant les traitements uniquement lorsqu'ils avaient rencontré le psychologue systématiquement. Dans ce cas, nous pouvons croire qu'en présentant l'offre de soins aux hommes, ils peuvent mieux se positionner dans leur demande.

Avant cette recherche, la littérature scientifique avait rapporté une difficulté d'accès aux soins psycho-oncologiques plus importante chez les hommes que chez les femmes (Razavi, 2005 ; Merckaert et al., 2010). En réponse à cette difficulté, les résultats de cette étude soutiennent l'intérêt d'une démarche systématique pour sensibiliser les hommes à un accompagnement psychologique lors de leurs traitements oncologiques. Ce résultat est important étant donné que la demande d'accompagnement psychologique des hommes est relativement faible, ces derniers évitant particulièrement la confrontation à un psychologue, comme le suggère de nombreux auteurs (Merckaert et al., 2010 ; OCDE, 2013, Vogel et al., 2007). Nous avons aussi, dans cette étude, observé un faible taux de participation des hommes aux entretiens systématiques proposés. Aussi, selon nos observations, la rencontre systématique conduisait les femmes à rapporter un score de dépression plus important. Toutefois, à l'inverse des hommes, elles n'éprouvaient pas de difficultés à entreprendre un accompagnement psychologique qu'elles aient rencontré ou non le psychologue. Dans ce cas, la rencontre systématique pourrait être proposée aux hommes qui sont selon nos résultats et ceux de la littérature sont moins demandeurs de l'intervention psychologique. Il reste à présent à évaluer l'intérêt de cette rencontre à distance des traitements oncologiques et aussi auprès d'une population de patients atteints de cancers avec un pronostic plus sombre.

Chapitre 5

Discussion générale

Discussion Générale

La présente thèse s'est inscrite dans un contexte d'évolution de l'activité psycho-oncologique en Belgique et plus spécifiquement au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles. En 2008, la ministre des affaires sociales et de la santé publique, Laurette Onkelinx, a instauré le premier Plan National Cancer Belge, qui s'articule autour de six axes, à savoir : (1) la prévention et l'information, (2) le dépistage et le diagnostic précoce, (3) les soins, (4) le soutien au patient et à ses proches, (5) la recherche et les technologies innovantes, (6) l'évaluation de la prise en charge du cancer (Onkelinx, 2008). L'axe 4, qui concerne directement l'humanisation des soins anticancéreux, proposait concrètement l'engagement de psycho-oncologues, permettant de (1) détecter précocement les éventuelles difficultés psychosociales, (2) d'optimiser la prise en charge psychologique du patient et (3) de lui offrir une meilleure qualité de vie en tenant compte de la diversité de ses besoins et de sa détresse. C'est suite à ce Plan politique que l'engagement de six psychologues équivalent-temps plein a permis d'améliorer l'accompagnement psychologique en cancérologie au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles. En effet, avant 2008, le psychologue de liaison, qui intervenait auprès des patients atteints d'un cancer, n'était pas totalement intégré à l'équipe transdisciplinaire de cancérologie. Au même titre que le psychiatre de liaison, il intervenait au chevet du malade, le plus souvent à la demande d'un soignant qui avait au préalable identifié une détresse émotionnelle chez son patient. Dans ce contexte, le médecin demandeur était considéré comme le client du psychologue, qui offrait un service. Depuis l'élargissement de l'équipe de psycho-oncologie, le psychologue a été intégré à l'équipe de cancérologie, permettant ainsi un travail transdisciplinaire et un soin psychologique optimal.

Suite à ce changement institutionnel, des efforts ont été faits pour « re-penser » la clinique psycho-oncologique. C'est dans ce contexte qu'une rencontre systématique avec un psychologue a été modélisée autour de trois objectifs : (1) une présentation du projet de l'équipe transdisciplinaire, (2) une écoute de l'histoire du patient permettant de ce fait une analyse psychologique et (3) une analyse des attentes de ce dernier quant à un éventuel accompagnement. En proposant cette modélisation, nous avons fait l'hypothèse qu'elle était une réponse adéquate aux difficultés d'accès aux soins psychologiques en cancérologie tels que décrits dans la littérature. En effet, en référence à des études menées en cancérologie (Razavi, 2005, Merckaert et al., 2008), les patients récemment diagnostiqués avaient d'une part tendance à mettre de côté les aspects émotionnels inhérents à cette situation médicale difficile afin surtout de se focaliser sur les aspects physiques. D'autre part, la stigmatisation du psychologique reste aujourd'hui d'actualité, l'OCDE (2013) ayant d'ailleurs mis en évidence qu'il s'agissait d'un obstacle dans la délivrance des soins psychologiques, rejoignant également les études de Alonso et al. (2009) qui rapportaient qu'il subsiste une confusion entre la psychiatrie/psychologie et la prise en charge de la folie. Ces hypothèses sont le reflet d'une réalité clinique qui a été rapportée par Razavi (2005) dans une étude

effectuée auprès de sept hôpitaux belges. Selon les enseignements de cette étude, seulement 14 à 19 % de patients souhaitaient consulter un psychologue dans un contexte de cancer. Ce chiffre relativement faible est incompatible avec les résultats de nombreuses études qui ont montré un taux de détresse émotionnelle conséquent suite à l'annonce d'un cancer et au parcours de soins anticancéreux (Bultz & Carlson, 2006; Potash & Breitbart, 2002). Par exemple, Bultz et Carlson (2006) ont rapporté que 35% à 45 % des patients présentaient une détresse émotionnelle suite à l'annonce du cancer. La difficulté d'accès aux soins psychologiques est d'autant plus contrariante que la nécessité et l'efficacité d'un accompagnement psychologique en cancérologie a été montrée dans de nombreuses études (e.g., Kissane, 2007; Reheuse & Andpukrop, 2003; Sheard & Maguire, 1999).

Dans le cadre de cette thèse, nous avons comme principal objectif d'évaluer l'intérêt de la rencontre systématique avec un psychologue en cancérologie. Afin de répondre à cet objectif, nous avons émis quatre hypothèses qui ont été testées dans trois études. La première hypothèse concernait l'impact de la rencontre systématique sur la perception du psychologue. Selon cette hypothèse, la rencontre systématique permettrait une perception plus positive du psychologue clinicien dont le rôle est articulé à celui de l'équipe soignante. Ensuite, la seconde hypothèse stipulait que les patients qui ont rencontré systématiquement le psychologue auraient une perception plus efficace de leurs besoins, leur détresse psychologique (y compris l'anxiété et la dépression) et leurs stratégies de coping. Ainsi, nous nous attendions à ce que, à court terme, les patients qui avaient rencontré systématiquement le psychologue présenteraient des scores plus élevés aux échelles de détresse, de besoin de supports psychosociaux et de coping que ceux qui n'avaient pas rencontré le psychologue systématiquement. Par contre, la rencontre systématique devait permettre une diminution des besoins de demande d'informations médicales, la rencontre avec le psychologue étant une opportunité complémentaire pour le patient de traiter de ses interrogations sur la maladie cancéreuse. Ensuite, nous avons émis une troisième hypothèse selon laquelle les patients qui ont rencontré le psychologue systématiquement devraient plus s'engager dans un accompagnement psychologique lors des traitements oncologiques que ceux qui n'ont pas reçu cette visite systématique. Aussi, nous avons étudié dans quelle mesure la rencontre systématique mais aussi une perception plus positive du psychologue clinicien et une auto-évaluation subjective plus efficace de la détresse, de l'anxiété et de la dépression sont prédictives de l'émergence d'une demande d'accompagnement psychologique. Enfin, nous avons envisagé une quatrième hypothèse qui concerne un effet de l'accompagnement psychologique sur les besoins, la détresse et les stratégies de coping à long terme. Selon cette hypothèse, nous avons supposé que les patients qui ont entrepris un accompagnement psychologique prolongé présenteraient une diminution de la détresse et une plus grande mobilisation de stratégies de coping à la fin des traitements.

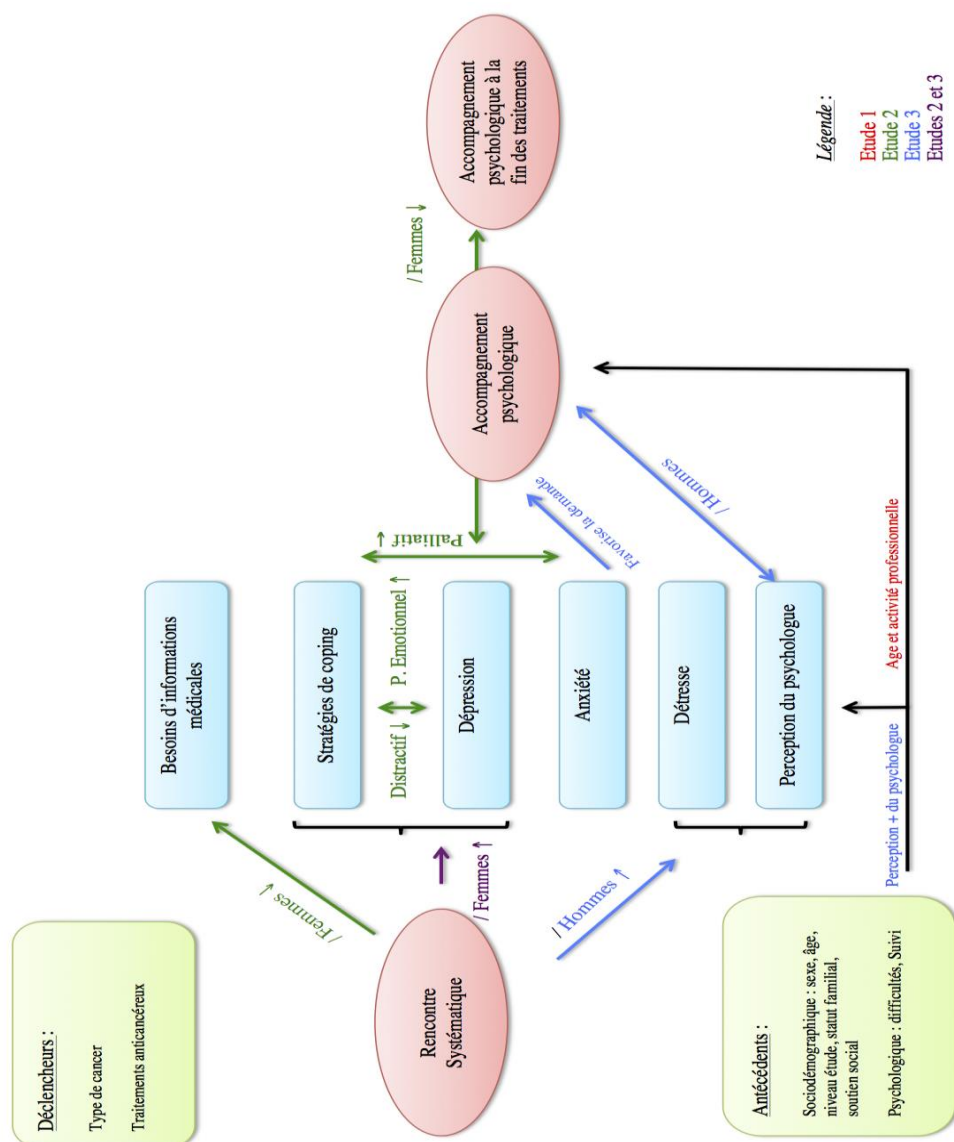
Dans un premier temps, nous discutons les résultats des trois études réalisées auprès de patients atteints d'un cancer en répondant aux hypothèses concernant l'intérêt d'une rencontre systématique en cancérologie. Ensuite, un second temps de la discussion est dédié aux limites des protocoles utilisés pour tester nos hypothèses. Un troisième temps est

consacré aux implications cliniques de nos recherches et, un quatrième et dernier temps, à la discussion des perspectives d'avenir.

1. Discussion des résultats des études

Dans le cadre de cette thèse, nous avons développé trois protocoles d'études afin de répondre à nos hypothèses relatives à l'impact de la rencontre systématique en psycho-oncologie. Dans cette section, nous discutons des résultats obtenus à travers ces recherches (Figure 1).

Figure 1. Résultats de la thèse



1.1 L'impact de la rencontre systématique sur la perception du psychologue clinicien

La première hypothèse consistait à tester si la rencontre systématique avec un psychologue permettrait d'améliorer la perception que les patients avaient de lui. Contrairement à cette hypothèse, les résultats de l'étude 3 n'ont pas montré de différence de perception du psychologue clinicien entre les patients qui l'avaient rencontré systématiquement et ceux qui ne l'avaient pas rencontré.

Cependant, les résultats ont révélé une interaction significative temps X genre X condition. Les femmes, qu'elles aient rencontré ou non le psychologue, n'ont pas changé leur score de perception tandis que les hommes qui ont rencontré le psychologue systématiquement présentaient un score de perception plus positif quatre mois plus tard, soit lors des traitements oncologiques, à l'inverse des hommes du groupe contrôle pour qui le score de perception restait constant. En accord avec notre hypothèse, ces résultats indiquent que la rencontre systématique a effectivement amélioré la perception que les hommes ont du psychologue clinicien, soutenant par ailleurs que la stigmatisation décrite dans les études de Vogel et al. (2010) et d'Alonso et al. (2009) pourrait être modifiée par la première rencontre avec un psychologue, en tout cas chez les hommes souffrant de cancer. Après cette première rencontre, il est possible que le patient identifie mieux la proposition du psychologue, ce qui lui permettrait d'évaluer avec discernement si cette offre de soins peut répondre à sa demande.

Quant aux femmes, elles ont une bonne perception du psychologue clinicien qu'elles aient rencontré ou non ce dernier, leur score à l'échelle de Webb et Speer étant identique aux deux temps de mesure, c'est-à-dire lors du diagnostic de cancer et lors des traitements oncologiques. Aussi, si les résultats ne montrent pas de différence au score de perception du psychologue clinicien entre les femmes qui ont rencontré le psycho-oncologue systématiquement et celles qui ne l'ont pas rencontré, il s'avère également qu'une moins bonne perception du psychologue clinicien chez la femme lors du diagnostic de cancer n'altère en rien la possibilité de consulter ce dernier lors des traitements oncologiques. Nos résultats montrent en effet que le niveau de perception du psychologue clinicien n'influence pas les femmes de notre échantillon à consulter, laissant par conséquent supposer qu'elles sont peu influencées par la peur de la stigmatisation décrite dans les études de Vogel et al. (2010) et d'Alonso et al. (2009).

Ces résultats confirment en outre nos observations cliniques car, indépendamment de la démarche systématique qui a été mise en œuvre, les demandes d'accompagnements psychologiques sont le plus souvent effectuées par des femmes que par des hommes. Cette observation est également mise en évidence par les études de Razavi et al. (2005) et celles de Merckaert et al (2008) qui rapportent que la majorité des consultations psycho-oncologiques se font auprès de femmes, notamment en clinique du sein. De plus, l'Institut National de la statistique et des études économiques [INSEE] souligne dans un rapport de 2006 que les femmes ont plus tendance à consulter un psychologue que les hommes, principalement parce qu'elles perçoivent mieux leur propre détresse, considérant même

avoir une mauvaise santé mentale (chapiereau, 2006). Ces observations sont également confirmées dans une méta-analyse de Vogel et al. (2007). Des études ont indiqué que les femmes ont tendance à avoir des attitudes plus positives que les hommes en ce qui concerne la recherche d'aide professionnelle pour des troubles émotionnelles moins sévères alors que les hommes sont plus susceptibles d'être traités pour des diagnostics psychiatriques graves (Feuille & Bruce, 1987 ; Moller- Leimkuhler, 2002 cités par Vogel et al., 2007)

1.2 L'impact de la rencontre systématique chez les patients sur la perception des besoins, de la détresse psychologique et des stratégies de coping

La deuxième hypothèse postulait que les patients qui avaient rencontré systématiquement le psychologue lors de l'annonce du diagnostic de cancer avaient une perception plus importante de leurs besoins, de leur détresse et de leurs stratégies de coping que les patients qui ne l'avaient pas rencontré systématiquement. Cette hypothèse se réfère aux études de Razavi (2005) qui a montré que les patients récemment diagnostiqués d'un cancer avaient tendance à mettre de côté les besoins psychosociaux et les aspects émotionnels inhérents à cette situation médicale difficile, pour surtout se focaliser sur les aspects physiques.

1.2.1 Les besoins

Les besoins inhérents à l'annonce d'un cancer ont été évalués uniquement lors de l'étude 2, menée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein. Les résultats ont montré que les patientes qui avaient rencontré systématiquement le psychologue présentaient moins de besoins d'informations médicales que celles qui ne l'avaient pas rencontré. Aucune autre différence en ce qui concerne les besoins physiques, psychosociaux, maritaux et sexuels n'a cependant été observée entre ces deux groupes.

Le résultat relatif aux besoins d'informations médicales corrobore les études menées sur l'impact de la mauvaise nouvelle (Razavi & Delvaux, 1997; Ruzniewski, 2004), selon lesquelles, suite à l'annonce du diagnostic de cancer, le patient est dans un état de sidération et donc incapable de poser des questions ou d'échanger avec son médecin. Dans ce cas, la rencontre avec un psychologue qui a été proposée après cette annonce pourrait permettre un échange crucial qui se caractérise à la fois par un soutien émotionnel et par des échanges concrets sur la maladie. Ce contact pourrait alors soutenir une adaptation à la mauvaise nouvelle et un état psychologique qui permettra au patient d'aborder plus favorablement la suite de la prise en charge médicale (Breitbart & Alici, 2009). De plus, en répondant à ces besoins d'informations médicales, le psychologue vient s'inscrire dans une intervention instaurée par l'équipe transdisciplinaire (Basarab, 1996), permettant indirectement une amélioration de la relation entre le patient et son médecin, jusqu'ici teintée négativement par l'annonce de cette mauvaise nouvelle (Razavi & Delvaux, 2008). Favoriser cette relation est d'autant plus importante que Razavi (2005) a rapporté que les patients atteints d'un cancer attendaient de l'aide de leur médecin spécialiste dans près de 78% des cas. De

cette manière, le psychologue soutient la confiance que les patients pourraient avoir envers leur médecin évitant particulièrement à se substituer à ce dernier, ce qui risquerait de ternir la relation patient-médecin.

Les résultats ont également montré que les besoins sexuels augmentaient dans le temps chez les patientes, qu'elles aient rencontré systématiquement ou non le psychologue. Ce résultat rejoint les observations de Libert et al. (2006) qui rapportent que les patients atteints d'un cancer souhaitent généralement traiter de la question sexuelle uniquement dans l'intimité de leur couple et que les besoins sexuels tendent à diminuer à distance de la fin des traitements. Etant donné que l'étude 2 a été menée durant les traitements oncologiques, nous avons surtout observé une augmentation des besoins sexuels durant ces traitements et n'avons pas pu évaluer la diminution des besoins sexuels à distance des traitements. Comme le suggère des études en psycho-oncologie, afin de traiter la question de la sexualité en cancérologie, il est nécessaire de rencontrer le patient à distance de la fin des traitements car ils génèrent une baisse significative de la libido (Dany, Duclos, Marie, Dudoit, & Duffaud, 2011). Dans ce cas, l'engagement de sexologues dans certaines cliniques du sein et la proposition de consultations psychologiques individuelles ou de groupe en post-traitements favorise un accompagnement de ces difficultés sexuelles à distance du diagnostic (Lewis, 2014).

Les résultats ne montrent pas d'effet de la rencontre systématique sur les besoins psychosociaux, physiques et maritaux étudiés par le CARES-SF. Alors que nous nous attendions à une diminution des besoins psychosociaux suite à cette entrevue, aucun changement n'a été constaté dans l'étude 2. Ces résultats contredisent les observations de McIlmurray et al. (2001) qui montrent l'importance des besoins psychosociaux en oncologie et le rôle essentiel du psycho-oncologue pour les soutenir. Cependant, à la lecture des recherches de McIlmurray et al. (2001), nous constatons que les besoins psychosociaux ne sont pas correctement différenciés de la détresse émotionnelle à l'inverse des études de Bultz et Carlson (2006). De plus, nos résultats confirment les observations de Bultz et Carlson (2006), qui, dans une étude menée chez des patients atteints de cancer montre que les psychologues traitent la détresse émotionnelle et que les besoins psychosociaux, qui sont définis comme étant de moindre intensité, peuvent être régulés naturellement par leurs capacités adaptatives.

Par ailleurs, la rencontre systématique avec un psychologue ne permet pas une amélioration des besoins physiques. Cette constatation rejoint les résultats de l'étude de Maddalena et Ogez (2013) qui soutiennent que les patients attendent de l'aide d'une part des infirmiers pour faire face à la douleur et, d'autre part de leur entourage proche pour les aider à gérer les problèmes de mobilité et de perte d'autonomie. A ce propos, Libert et al. (2006) soutiennent également que les patients attendent un soutien du nursing en ce qui concerne les conséquences des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie comme par exemple, la perte de poids, les nausées et la fatigue.

Enfin, pour comprendre la raison pour laquelle les besoins maritaux ne sont pas influencés par cette rencontre, nous faisons l'hypothèse que lors du diagnostic, la patiente

évite de penser à son entourage, notamment à son conjoint d'une part parce qu'elle est centrée sur elle-même suite à la sidération provoquée par l'annonce comme le suggère Razavi et Delvaux (1997) et, d'autre part, parce que cet évitement a un rôle de protection du conjoint ou de l'amoureux (Hordern & Street, 2007). Aussi, comme le suggère Picard (2012), il semble important de soutenir une alliance entre les conjoints pour faire face à leur nouvelle réalité afin notamment de favoriser l'accueil et l'écoute de leurs préoccupations suite à l'annonce de cette maladie et de leur apprendre à renouer un dialogue essentiel à leur bien-être individuel et de couple.

1.2.2 La détresse, l'anxiété et la dépression

Deux stratégies ont été utilisées pour évaluer la détresse des patients au sein des études menées dans cette thèse. La première était de proposer aux patients de situer leur détresse sur une échelle visuelle (thermomètre de détresse) et la seconde, d'évaluer l'anxiété et la dépression sur base du questionnaire HADS (Zigmond & Snaith, 1983).

a. La détresse émotionnelle

Dans l'étude 3, les hommes et les femmes atteints d'un cancer devaient situer leur détresse émotionnelle sur le thermomètre de détresse, une échelle analogique qui a été validée par le National Comprehensive Cancer Network [NCCN] (2005) et qui est utilisée comme outil clinique pour la détection précoce de la détresse émotionnelle en cancérologie (Bultz & Carlson, 2006).

Les résultats ont révélé une triple interaction condition X temps X genre, indiquant que les hommes rapportaient des scores plus élevés au moment des traitements par rapport au moment du diagnostic lorsqu'ils avaient rencontré le psychologue alors que les femmes rapportaient des scores identiques tant lors du diagnostic que durant les traitements anticancéreux, qu'elles aient rencontré systématiquement le psychologue ou non.

Ces observations signifient que les femmes ne sont pas influencées par la rencontre systématique parce qu'elles situent leur détresse de manière identique lors des traitements oncologiques, qu'elles aient rencontré ou non le psychologue alors que les hommes semblent être sensibilisés par la rencontre systématique avec un psychologue en ce qui concerne la perception de leur détresse. En effet, les hommes qui ont reçu la visite systématique d'un psychologue après leur diagnostic vont attribuer un score plus élevé sur le thermomètre de détresse que ceux qui ne l'ont pas rencontré. Ces résultats concordent avec nos observations relatives à la perception du psychologue (Voir 1.1) et rejoignent les observations de Chapireau (2006) qui soutient que les femmes perçoivent mieux leur détresse, considérant même avoir une mauvaise santé mentale, à l'inverse des hommes.

b. Les troubles anxieux et dépressifs

Les troubles anxieux et les troubles dépressifs ont été étudiés dans les études 2 et 3. Selon les résultats de l'étude 2 menée uniquement auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein, nous avons observé un niveau important d'anxiété à l'instar de plusieurs études (e.g., Breitbart et Alici, 2009; Burges et al., 1988; Dauchy et al., 2007) et un taux

relativement faible de symptômes dépressifs (environ 5 % de cas compliqués). Si ce dernier résultat s'oppose à des recherches qui rapportent un taux de dépression entre 33 et 40 % (Hall, Ahern, & Fallowfield, 1999; Hopwood, Sumo, Mills, Haviland, & Bliss, 2010; Thibodeau, 2011), il corrobore toutefois les études de Spiegel et Giese-Davis (2003) qui signalent qu'une confusion entre l'humeur dépressive et la dépression majeure est courante dans les études menées en psycho-oncologie, rapportant un taux de 5 à 10 % de dépression majeure chez les patients atteints d'un cancer.

Concernant l'évolution des troubles psychopathologiques chez les femmes, les résultats de l'étude 2 ont montré une diminution de l'anxiété entre l'annonce du diagnostic de cancer et les traitements oncologiques. Ces résultats rejoignent les observations de Jadoulle et al. (2006) qui soutiennent que le temps entre le diagnostic et l'opération chirurgicale est le plus anxiogène et qu'une rémission spontanée de l'anxiété était constatée à distance de cette intervention. À l'inverse, les résultats sont différents concernant les troubles dépressifs, qui augmentent significativement suite à l'annonce du cancer. Ces observations corroborent les études de Marchioro et al. (1996), qui soulignent que les symptômes dépressifs des patients traduisent leur vécu de la maladie et la perte de sens qu'elle engendre.

En ce qui concerne l'intérêt de la rencontre systématique chez cette même population féminine, les résultats des études 2 et 3 montrent de manière consistante un effet de cette rencontre sur les troubles dépressifs. Le niveau de dépression des patientes qui ont reçu la visite systématique du psychologue augmentait entre le premier et le deuxième temps de mesure à l'inverse du groupe de patientes qui n'a pas reçu cette visite systématique. Ce résultat, qui est similaire dans les deux études, indique que la rencontre systématique permettait aux patientes de rapporter un niveau de dépression plus important. Afin d'expliquer cette observation, il aurait fallu évaluer le mécanisme psychologique sous-jacent, ce qui n'a malheureusement pas pu être effectué. Toutefois, nous faisons l'hypothèse que la rencontre avec un psychologue et la réflexion que celle-ci suscite pourrait permettre l'amélioration du vécu subjectif de la maladie comme le soutient les études de Marchioro et al. (1996).

Par contre, les résultats relatifs aux troubles anxieux et dépressifs chez les hommes atteints d'un cancer, qui sont issus de l'étude 3, sont différents des observations concernant la population féminine. Premièrement, les résultats montrent que le niveau d'anxiété des hommes est plus important lors des traitements oncologiques que lors de l'annonce du diagnostic de cancer, à l'inverse des femmes (interaction temps X genre). Deuxièmement, nos observations soutiennent que l'augmentation du score de dépression des hommes entre le diagnostic et les traitements oncologiques est plus importante que celle des femmes (interaction temps X genre). Toutefois, aucun résultat n'a été observé en ce qui concerne l'intérêt de la rencontre systématique concernant les troubles dépressifs chez cette même population masculine, à l'inverse des femmes.

c. Le coping

En plus de l'étude de la détresse et des troubles anxieux et dépressifs, nous avons également fait l'hypothèse que la rencontre systématique pourrait permettre au patient de rapporter plus de stratégies de coping et par conséquent mieux faire face à la détresse générée par l'annonce d'un cancer. L'étude 2, menée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein, a permis d'évaluer le coping en cancérologie à l'aide du CHIP (Endler, Courbasson, & Fillion, 1998) qui analyse quatre stratégies de coping : la préoccupation émotionnelle (stratégie qui consiste à mettre l'accent sur les conséquences émotionnelles du problème de santé), le coping palliatif (stratégie qui consiste à changer la situation déplaisante, e.g., en changeant d'environnement), le coping distractif (stratégie qui mobilise les actions et les cognitions qui visent à éviter la préoccupation avec le problème de santé) et le coping instrumental (stratégie concrète qui consiste à demander de l'aide ou d'essayer d'en savoir plus sur la maladie). Nous avons étudié d'une part l'efficacité de ces stratégies sur la détresse et d'autre part, l'impact de la rencontre systématique sur le coping.

Selon les études menées en cancérologie de Cayrou et al (2001) et de Razavi et Delvaux (2008), le coping orienté sur le problème est plus efficace que le coping orienté sur les émotions. En effet, selon Cayrou et al. (2001), le coping centré sur les émotions, qui est sous-tendu par des processus cognitifs de réévaluations positives, conduit à un niveau de détresse plus élevé chez le patient, étant donné l'attention portée sur ses émotions et la culpabilité inhérente à la cause de la maladie cancéreuse. Concernant le coping orienté sur le problème, il est, selon plusieurs études (Paulhan, 1994 ; Cayrou et al., 2001 ; Razavi et Delvaux, 2008) accompagné d'un faible niveau de détresse et d'un bon pronostic des difficultés psychologiques. Razavi et Delvaux (2008) rapportent à ce sujet, que les patients qui s'approprient les soins en prenant part, par exemple, à des traitements complémentaires comme l'homéopathie, diminuent significativement leur détresse. Nos résultats corroborent ces études. En effet, nous observons que la préoccupation émotionnelle, qui est une stratégie orientée sur l'émotion, est plus développée chez les patientes qui présentent un niveau de dépression et d'anxiété plus important. À l'inverse, nous observons que le coping palliatif, qui est une stratégie orientée sur le problème est associé à une diminution du niveau d'anxiété lors de l'annonce du diagnostic et durant les traitements oncologiques et que le coping distractif, qui est une stratégie orientée sur l'évitement de l'émotion, corrèle négativement avec le score de dépression au moment du diagnostic de cancer.

Par ailleurs, si nous observons que certaines stratégies sont efficaces pour faire face à la détresse du patient atteint d'un cancer, nous avons également observé un intérêt de la rencontre systématique avec un psychologue sur la perception des stratégies de coping chez ces patientes. Les résultats montrent en effet que les patientes qui n'ont pas reçu cette visite systématique utilisent significativement moins de coping distractif et tendent à utiliser moins de coping instrumental durant les traitements oncologiques et à la fin ceux-ci. Le coping distractif, qui s'avère utile contre la dépression comme nous venons de le souligner, permet de sensibiliser des actions mais aussi des cognitions afin d'éviter la confrontation à l'émotion problématique. Cette observation est confirmée par les études menées en psychiatrie qui mettent en évidence l'action comme traitement de la dépression (Nolen-

Hoeksema & Morrow, 1993). Le coping instrumental, comme définit précédemment, se traduit concrètement dans la recherche d'aide ou d'informations sur la maladie. Aussi, il permet d'une part de s'investir dans un accompagnement psychologique comme le suggère Endler et al. (1998) et, d'autre part, de répondre aux besoins d'informations médicales qui s'avèrent importants comme le suggèrent les résultats que nous avons décrits précédemment (Voir 1.2.1) et les études de Razavi et Delvaux (1997).

En résumé, selon nos observations, la rencontre systématique permet de sensibiliser une stratégie orientée sur le problème, le coping instrumental, qui pourrait favoriser l'accompagnement psychologique et qui semble diminuer les besoins d'informations médicales selon les observations d'Endler et al. (1998) et, une stratégie orientée sur l'évitement de l'émotion, le coping distractif qui est associé à une diminution du niveau de dépression. Etant donné ces résultats et l'influence de la rencontre systématique sur la détresse et le coping, nous pouvons faire l'hypothèse que la rencontre systématique influence également l'émergence d'une demande et, ce au décours du traitement oncologique qui est prescrit à distance du diagnostic.

1.3 L'impact de la rencontre systématique sur l'émergence d'une demande d'accompagnement psychologique

Selon notre troisième hypothèse, les patients qui ont rencontré le psychologue systématiquement devraient plus s'engager dans un accompagnement psychologique lors et/ou après les traitements oncologiques que ceux qui n'ont pas reçu cette visite systématique. En effet, une des fonctions de la rencontre systématique serait de favoriser l'émergence d'une demande de soins psychologiques. Nous postulons par conséquent que si la demande d'intervention psychologique est faible en cancérologie, et ce en regard d'une détresse émotionnelle conséquente, il est intéressant de proposer une démarche plus proactive qui sensibiliserait le patient et qui le conduirait à s'approprier une demande d'accompagnement psychologique. Les études 1 et 3 de la présente thèse ont permis de tester cette hypothèse.

Les résultats de la première étude ont surtout mis en évidence deux dimensions prédictives d'un accompagnement psychologique : l'âge et l'activité professionnelle. En effet, les résultats montrent que plus les patientes sont jeunes et ont une activité professionnelle, plus elles ont accepté un accompagnement psychologique suite à la rencontre systématique avec le psychologue. Cette observation rejoint les études de Lewis (2015) qui soutiennent l'importance d'un accompagnement post-traitements et nous conduit dès lors à penser que cette catégorie de patientes est demandeuse d'un accompagnement psychologique qui leur permettrait par exemple de se réintégrer socialement dès la fin des traitements. De plus, les résultats montrent que 28.8 % des patientes qui ont rencontré le psychologue systématiquement poursuivent un accompagnement psychologique par la suite, soit presque le double de patients si nous nous référons aux études de Razavi (2005) qui avaient rapporté que le désir de rencontrer un psychologue représentait 14 à 19 % de la population cancéreuse. Ce résultat permet de penser que la rencontre systématique favorise

une accroche avec le psychologue qui s'avère essentielle dans l'émergence d'une demande d'accompagnement. Les résultats relatifs à la satisfaction de la majorité des patientes (59.6 %) quant à cette rencontre systématique soutiennent également cette hypothèse de l'influence de la rencontre systématique sur la demande d'accompagnement psychologique.

Outre ces aspects descriptifs, les résultats de la première étude ont également permis de définir quelles étaient les attentes des patientes quant à la rencontre systématique avec un psychologue. Les résultats montrent une première attente : ce premier contact permettrait aux patients d'identifier un intervenant qui pourrait être contacté au cas où une assistance psychologique deviendrait nécessaire. Une seconde attente est relative à l'expression émotionnelle : selon les patientes interrogées, cette première rencontre est une manière d'exprimer des émotions relatives aux conséquences concrètes de la maladie et de ses traitements. Enfin, une troisième attente concerne la possibilité d'un échange avec le psychologue sur les aspects médicaux et les traitements anticancéreux. Ce besoin d'informations médicales rejoint les résultats précédemment décrits (Voir 1.2.1) et les études de Razavi et Delvaux (1997). En résumé, selon ces observations, la rencontre systématique peut être un moment proche de l'annonce qui permet d'une part, un échange important et peut-être réguler les émotions et, d'autre part, une occasion pour le patient de se rassurer en contrôlant les informations, voire en évaluant les zones d'ombres liées à la consultation médicale et ainsi préparer les questions essentielles qui seront posées lors d'une rencontre ultérieure avec le médecin.

Si cette première étude rétrospective a apporté des résultats préliminaires prometteurs, elle était toutefois menée uniquement auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein et de manière rétrospective. Afin de mieux appréhender l'intérêt de la rencontre systématique avec un psychologue, la troisième étude de la thèse a été réalisée de manière longitudinale et auprès d'hommes et de femmes atteints d'un cancer. Les résultats diffèrent de la première étude et montrent que 57.5 % des patients qui ont répondu au temps 2 vont poursuivre un accompagnement psychologique durant les traitements oncologiques, 39% d'entre eux ayant consulté suite à l'entretien systématique. Dans ce cas, le pourcentage de patients qui poursuivent un accompagnement est plus conséquent que ce que Razavi (2005) avait rapporté, soit 14 à 19 % de consultation suite à l'annonce d'un diagnostic de cancer. De plus, selon les résultats de cette troisième étude, ce n'est ni l'âge, ni l'activité professionnelle qui prédisait un accompagnement mais l'anxiété et la condition, c'est-à-dire le fait de rencontrer ou non le psychologue. Les résultats confirment de ce fait notre hypothèse. Les patients qui avaient rencontré systématiquement le psychologue suite à ce même diagnostic avaient en effet tendance à poursuivre un accompagnement lors des traitements. Les résultats montrent également que les personnes qui avaient un score d'anxiété plus important lors du diagnostic de cancer avaient tendance à entamer un suivi psychologique lors des traitements. Par ailleurs, lorsque nous évaluons plus précisément l'intérêt de la rencontre systématique, nous observons une différence liée au genre. Les résultats montrent en effet que les femmes ne vont consulter essentiellement en fonction de leur niveau d'anxiété perçue alors que chez les hommes, le fait de consulter dépend également de la rencontre systématique avec le psychologue. Selon cette observation, la

rencontre systématique peut donc avoir un impact sur la demande d'accompagnement psychologique chez les hommes atteints d'un cancer. Ce résultat rejoint nos observations relatives à la perception du psychologue clinicien (Voir 1.1) et à la perception de la détresse (Voir 1.2.2) qui sont également influencées par la rencontre systématique pour la population masculine.

1.4 L'effet d'un accompagnement psychologique suite à une rencontre systématique avec le psychologue sur les besoins, la détresse et les stratégies de coping

Notre quatrième et dernière hypothèse concernait l'efficacité de l'intervention psychologique conséquente à cette première rencontre. En effet, si l'objectif principal de cette thèse consistait à évaluer l'intérêt d'une rencontre systématique avec un psychologue, il était aussi important d'étudier l'efficacité de l'accompagnement psychologique sur le niveau d'anxiété, le niveau de dépression et les stratégies de coping à plus long terme. L'étude 2, menée auprès de femmes atteintes d'un cancer, a permis d'évaluer l'efficacité de l'intervention psychologique à la fin des traitements oncologiques, c'est-à-dire neuf mois après l'annonce du diagnostic.

Les résultats montrent que le niveau de dépression des patientes qui ont reçu la visite systématique du psychologue diminue entre le diagnostic et la fin de ces traitements à l'inverse du groupe de patientes qui n'a pas eu cette rencontre, chez qui le niveau de dépression augmente entre ces temps de mesure. Dès lors, à la fin des traitements, les patientes qui ont rencontré le psychologue présentent un niveau de dépression moins élevé que le niveau de dépression des autres patientes. Pour expliquer ce résultat, nous faisons l'hypothèse que cette diminution est favorisée d'une part, par la mise en mot du vécu subjectif du patient à l'instar des études de Marchioro et al. (1996) et, d'autre part par la mobilisation du coping distractif qui est efficace pour diminuer les troubles dépressifs comme le soulignent nos résultats (Voir 1.2.3) et les études de de Cayrou et al. (2003). Ce résultat confirme les nombreuses études menées en psycho-oncologie qui rapportent une efficacité de l'intervention psychologique dans l'accompagnement des troubles dépressifs (Classen et al., 2001; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000).

Cependant, à l'inverse, les résultats ne montrent pas une amélioration de l'anxiété à la fin des traitements. En effet, le niveau d'anxiété diminue naturellement uniquement à trois mois, soit durant les traitements oncologiques, que les patients aient rencontré le psychologue systématiquement ou non. Cette observation corrobore les études de Taylor et al. (1992) qui soutiennent que l'anxiété générée par l'annonce du diagnostic permet au patient de s'adapter à un nouvel environnement, à travers notamment des changements psychiques qui lui seront bénéfiques et qui faciliteront son développement ultérieurement. Dans ce cas, le niveau d'anxiété tend à diminuer spontanément à distance du diagnostic.

Si ces résultats sont également concluants, ils sont cependant restreints. En effet, ils ne concernent que les femmes atteintes d'un cancer du sein étant donné que nous n'avons pas eu suffisamment de données au troisième temps de mesure dans notre troisième et dernière

étude (voir limites des études réalisées). Il serait dès lors important de développer notre dernier protocole afin d'évaluer l'effet à long terme de cette intervention auprès d'une population d'hommes et de femmes atteints d'un cancer. Toutefois, nos premiers résultats viennent corroborer la littérature en psycho-oncologie qui a pu mettre en évidence l'efficacité des interventions psychologiques en cancérologie (Classen et al., 2001; Elliott & Rodgers, 2010; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000; Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil, 1989).

2. Limites des études réalisées

Comme dans de nombreuses études, nos investigations de recherche comportent certaines limites. Afin de les discuter, nous abordons les limites de chacun de nos protocoles et les solutions que nous avons pu apporter pour les résoudre.

La première étude consistait en une enquête rétrospective qui s'articulait autour d'un questionnaire que nous avons spécifiquement créé. Cette première démarche avait permis de répertorier quelles étaient les attentes des patientes quant à la rencontre systématique avec un psychologue et par conséquent avoir une première évaluation de la rencontre systématique par le biais de questions à choix multiples. Une première limite de ce protocole consistait en l'utilisation d'un questionnaire créé par nos soins et donc sans outils validés. Dès lors, nous pensons que les résultats inhérents à l'utilisation d'outils validés auraient été plus appropriés pour traiter nos hypothèses. Une seconde limite concernait le fait qu'il s'agit d'une étude rétrospective, ce qui implique que nous ne pouvions pas évaluer l'évolution du patient au décours de son parcours médical. En outre, l'étude étant proposée un an après les soins, les résultats pouvaient être biaisés par le temps écoulé depuis cette première rencontre systématique avec le psychologue. Par conséquent, étant donné ces limites, un second protocole, présenté sous la forme d'une étude longitudinale, a été développé.

Le second protocole, une étude longitudinale à trois temps de mesure (lors du diagnostic, lors des traitements oncologiques, à la fin des traitements oncologiques) qui a été menée auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein, présentait également certaines limites. Une première limite concernait la population étudiée : des femmes atteintes d'un cancer du sein. Il nous a semblé opportun d'élargir cette population et par conséquent la comparer à des hommes mais aussi à des patients atteints d'autres cancers. Une seconde limite concernait la manière de constituer les deux sous-groupes de notre population : un groupe de patients qui a rencontré systématiquement le psychologue et un groupe contrôle. La répartition dans les conditions n'a pas été randomisée, le recrutement du groupe contrôle (c'est-à-dire des patients qui n'ont pas rencontré le psychologue systématiquement) a été effectué durant les deux premiers mois de l'étude et le recrutement du groupe test (c'est-à-dire les patients qui ont rencontré systématiquement le psychologue) a été effectuée durant les mois suivants de l'étude. Aussi, pour améliorer notre méthodologie, un troisième protocole a été conçu. Il s'agissait d'une étude longitudinale (2 temps de mesure : lors du diagnostic et lors des traitements oncologiques) menée auprès d'hommes et de femmes

atteints d'un cancer et dont les participants ont été répartis aléatoirement entre deux conditions : des patients qui rencontreraient systématiquement le psychologue (test) et ceux qui ne le rencontreraient pas (contrôle).

Dans ce troisième et dernier protocole, nous avons souhaité étudier une diversité de cancers en recrutant des patients atteints de cancer du sein, colo-rectal, du poumon, mélanome, gynécologique, de la tête et du cou. Plusieurs limites sont toutefois à constater. Premièrement, malgré le désir d'investiguer une diversité de cancers, notre échantillon n'était pas constitué comme nous l'aurions souhaité. En effet, une majorité des patients étaient atteints d'un cancer du sein et de la prostate mais peu de réponses ont pu être récoltées auprès d'autres patients atteints d'un autre cancer, parfois même avec un pronostic plus compliqué (par exemple, cancer du poumon). Dès lors, il serait intéressant d'évaluer une population plus diversifiée, y compris des maladies qui ont un pronostic plus sévère et qui doivent générer une détresse plus importante. Deuxièmement, nous avons été confronté à un faible échantillon de la population étudiée au deuxième temps de l'étude. Notre échantillon représente 109 patients au temps 1 et seulement 40 patients au temps 2, ce qui a posé des problèmes lors de nos analyses statistiques. Dès lors, il serait intéressant de poursuivre cette étude auprès d'une population plus diversifiée, par le biais d'une étude multicentrique par exemple. Troisièmement, suite à ce faible taux de réponse au temps 2, nous n'avons pas pu tester notre population à un temps 3, seulement 18 réponses ayant été reçues pour ce temps de mesure. Cette limite est d'autant plus contrariante qu'une évaluation à ce dernier temps de mesure nous aurait permis d'évaluer l'intérêt des patients quant à un traitement psychothérapeutique ou à une évaluation de l'efficacité de l'accompagnement psychologique durant les traitements. Aussi, à cause de cette limite, nous n'avons pas pu évaluer l'évolution de la détresse des hommes qui ont été pris en charge par le psycho-oncologue.

3. Retour à la clinique

Les recherches décrites dans cette thèse ont été initialement menées pour évaluer et améliorer notre pratique clinique mais aussi l'humanisation des soins anticancéreux. En effet, comme souligné précédemment, l'activité psycho-oncologique a évolué ces dernières années, favorisant le développement de l'offre de soins du centre du cancer des Cliniques universitaires Saint-Luc. Pour cette raison, et parce qu'il est important en psychologie clinique de s'interroger sur sa pratique, il nous semble utile de prévoir dans cette discussion une section relative aux implications cliniques de ces investigations scientifiques.

Avant de discuter des apports cliniques de ces études, il est toutefois important de décrire brièvement notre parcours de clinicien et l'évolution de nos références théoriques. Depuis quinze années en clinique du cancer, nos références théoriques ont évolué. Au début de notre parcours professionnel, nos références cliniques étaient essentiellement psychanalytiques. Parmi les nombreux concepts développés dans ce cadre théorique, le concept freudien de « transfert » joue un rôle prépondérant et est essentiel à tout travail psychothérapeutique. Le transfert est défini comme étant « le processus par lequel les désirs

inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. » (Laplanche & Pontalis, 1998, p. 492). Freud considérerait par ailleurs que le transfert est une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué et qu'il est de ce fait le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique (Laplanche & Pontalis, 1998). C'est dans cette relation particulière que se jouent les aménagements psychiques nécessaires au bien-être du patient. Toutefois, à l'inverse de la cure psychanalytique type qui s'articule essentiellement autour de l'association libre du patient, l'approche psychanalytique en psycho-oncologie est plus orientée par le motif initial de la rencontre, le clinicien associant les outils psychanalytiques à des interventions plus directives comme le conseil et l'information au patient comme le suggère Kübler-Ross (1969).

Par conséquent, étant donné la spécificité de la clinique en cancérologie et la nécessité d'aménager les techniques psychanalytiques, nous nous sommes dans un second temps orienté vers les thérapies brèves, plus particulièrement vers les enseignements d'Erickson. Dans l'hypnose Ericksonienne, le lien joue également un rôle prépondérant. Sans ce lien et sans la confiance du patient envers son thérapeute, aucun travail n'est possible. Selon les conceptions de l'hypnose, l'importance du lien est représentée par le concept de « synchronisation », qui s'articule autour de 3 étapes : le « mirroring », le « pacing » et le « leading » (Lockert, 2013). Dans un premier temps, le mirroring consiste à observer très attentivement le comportement et l'attitude générale du patient pour ensuite adopter une position « en miroir ». Après cette phase, le thérapeute se synchronise au patient, il marche au pas (Pacing) et garde le rythme de patient. Lors du Pacing, le thérapeute observe les changements de comportement du patient (e.g., changement du langage corporel). Dans un troisième et dernier temps, le thérapeute utilise le leading qui est la phase de conduite et la dernière étape de la synchronisation. Durant cette étape importante, le thérapeute commence à gérer l'interaction, il devient le leader de la discussion.

Dès lors, selon le concept de synchronisation, il est important que le thérapeute marche dans les pas du patient et qu'il s'accorde à ses réactions pour permettre un soulagement de la souffrance. Au même titre que le transfert, il y a dans cette conception clinique un lien tout particulier, qui ne se caractérise pas uniquement à une bonne relation entre le thérapeute et son patient. Il y a dans la synchronisation, qui consiste donc à coller à l'autre pour pouvoir l'emmener vers une solution à son problème, quelque chose de plus que dans la relation duelle classique. L'attitude du thérapeute permet certainement une projection identificatoire relativement importante dans le chemin vers le changement.

De plus, dans les thérapies hypnotiques, la notion d'inconscient est très différente de celle développée par Freud. En effet, selon la conception freudienne, l'inconscient, qui est présenté négativement, incluant entre autres des représentations traumatiques, est défini comme étant « un système constitué de contenus refoulés qui se sont vu refuser l'accès au système préconscient-conscient par l'action du refoulement » (Laplanche & Pontalis, 1998, p. 197). À l'inverse, l'inconscient défini par Erickson est plutôt représenté comme un ensemble de ressources. En effet, Erikson mais aussi ses contemporains comme Roustang (2002) notamment, ont mis en évidence qu'il est essentiel pour permettre au patient de

résoudre sa plainte, de lui donner accès à ses ressources inconscientes. Dans ce contexte, l'hypnose peut être perçue comme une porte d'entrée vers ces ressources. Quant au thérapeute, il dirige et renforce le patient par une série de suggestions pour progressivement remobiliser ces ressources et solutionner le problème, soulager la souffrance (Megglé, 2002).

En lien avec ces quelques considérations cliniques et personnelles, nous avons orienté notre travail de recherche : évaluer l'importance du lien et des ressources personnelles du patient. Toutefois, nous avons choisi d'évaluer dans la présente thèse des concepts qui pouvaient être étudiés par des outils standardisés. C'est pour cette raison que nous avons évalué l'impact de la première rencontre sur la perception que les patients avaient du psychologue ainsi que leurs souffrances (que nous avons traduit par la détresse, l'anxiété et la dépression) et leurs ressources, que nous avons surtout étudié par le biais des stratégies de coping. De plus, nous avons également étudié l'importance du contexte de soins dans l'approche psycho-oncologique en insistant sur l'intérêt d'une approche transdisciplinaire pour améliorer l'humanisation des soins. Ces différents aspects seront discutés dans cette section.

3.1 Le transdisciplinaire

Comme souligné dans la partie introductive, les soins psycho-oncologiques au centre du cancer s'inscrivent dans un contexte de travail transdisciplinaire. En cancérologie, les médecins sont le plus souvent les seuls professionnels qui prodigueront des soins psychologiques aux patients, comme le suggèrent les constatations faites par Razavi (2005). Cependant, avec le développement des soins palliatifs et l'attention portée aux droits du patient (SPF Santé, 2002) et à l'humanisation des soins médicaux (De hennezel, 2003), l'organisation des soins a considérablement évolué. De nos jours, le travail pluridisciplinaire, qui scinde les prises en charge, laissant le patient passer d'un professionnel à un autre, tend à disparaître au profit d'un travail transdisciplinaire, plus intégratif des différents métiers médicaux et paramédicaux et qui permet également au patient de participer aux débats concernant sa santé (Basarab, 1996). Cette démarche plus participative laisse par conséquent plus de place à l'humain et surtout aux émotions. La rencontre systématique que nous avons modélisée et testée tout au long de ce travail de thèse, est certainement une étape dans ce développement des mentalités. En effet, cette première rencontre peut permettre de diminuer les préjugés que les patients masculins ont du psychologue ou tout du moins de la peur de la fragilité qu'exprimer ses émotions peut générer. Pour atteindre ce résultat, la rencontre systématique avec un psychologue viserait à limiter les idées relatives à la stigmatisation des problèmes « psy ».

De plus, certaines recherches (Libert et al., 2006 ; Maddalena & Ogez, 2013) concordent aux résultats de la seconde étude menée dans cette thèse qui montrent une importance marquée du besoin d'informations médicales. Le psychologue mais aussi le CSO, en accompagnant le patient après l'annonce du diagnostic, peut le soutenir dans ce besoin fondamental et par conséquent l'aider à trier les questions importantes qu'il se pose. De cette manière, cette rencontre favorise d'une part la relation médecin-patient, jusqu'ici

teintée négativement par l'annonce de la maladie, et d'autre part, une communication optimale avec le médecin qui est, comme nous venons de le rappeler, très importante pour le bien-être du malade et de sa famille. L'amélioration de cette relation permettra par conséquent un meilleur partenariat entre le patient et le médecin dans ce parcours de soins, favorisant peut-être, d'une part, une meilleure compliance aux soins anticancéreux, objectif majeur pour le monde médical qui éprouve régulièrement des difficultés de ce genre et d'autre part, une meilleure qualité de vie dans les soins pour les patients malgré la toxicité que l'on connaît des traitements oncologiques.

Concrètement au niveau de notre pratique quotidienne, en favorisant la communication et le travail transdisciplinaire, le corps médical pourrait mieux se sensibiliser à la dimension « psy », permettant ainsi une meilleure intégration des psychologues dans les staffs médicaux et surtout une participation active du patient à son traitement, rendant par conséquent plus humains les soins anticancéreux. Cette implication s'inscrit dans l'évolution des soins médicaux qui sont passés d'une médecine paternaliste à un partenariat entre médecins et patients (Ogez et al., 2014).

3.2 Le lien et l'impact de la première rencontre

Au-delà du contexte de soins, un objectif majeur de la rencontre systématique était de favoriser une meilleure perception du psychologue et du travail psychologique pour les patients. Comme nous l'avons décrit tout au long de cette thèse, la stigmatisation du travail psychologique, et indirectement du psychologue, est un obstacle aux soins « psy » selon plusieurs études (OCDE, 2013; Vogel et al., 2007). Selon nos réflexions cliniques, la perception que le patient a du psychologue pourrait être considérée comme un « pré-transfert » étant donné qu'elle pourrait favoriser ou empêcher la rencontre. Si le patient présente une peur d'être stigmatisé par le psychologique, ne risque-t-il pas de présenter un pré-transfert négatif ? Selon cette même idée, si le patient a des préjugés avant la rencontre, est-il possible pour le psychologue de se « synchroniser » au patient, notamment lorsque ce dernier est méfiant et évitant ?

Les résultats de nos études n'ont pas permis d'étudier les processus qui expliquent ce phénomène en cancérologie mais ont cependant montré que les hommes, qui selon la littérature sont moins demandeurs d'une intervention « psy » que les femmes (Merckaert et al., 2010 ; Vogel et al., 2007), s'engageaient dans un accompagnement uniquement lorsqu'ils avaient rencontré systématiquement le psychologue. A la lecture de ces résultats, nous espérons donc que ce moment de rencontre et de présentation du projet d'accompagnement favorise un lien suffisant à un travail psychologique ultérieur. Cette hypothèse est en partie vérifiée dans la troisième étude, les résultats montrant en effet que les hommes qui avaient rencontré systématiquement le psychologue s'engageaient plus dans un accompagnement à moyen terme. De plus, les résultats de la seconde étude, qui inclut uniquement des femmes atteintes d'un cancer du sein, montrent des effets de cet accompagnement sur l'après-cancer. Ces observations rejoignent les études de Le Corroller-Soriano (2008) et de Zelek et al. (2010) qui soutiennent l'importance d'accompagner le patient après les traitements oncologiques. Si les femmes, plus

sensibilisées à cette démarche psychologique ne manqueront pas de poursuivre un accompagnement si elles le jugent nécessaire, les hommes que nous avons rencontré, après avoir été sensibilisés par cette rencontre, ne pourront-ils également pas entreprendre un accompagnement au-delà de l'hôpital ? Cette affirmation reste actuellement une hypothèse, qu'il serait intéressant d'évaluer ultérieurement.

Concernant cette première rencontre, les résultats de la première étude ont également montré des taux de satisfaction élevés. En effet, même s'il s'agissait d'évaluer la proposition de soins dans cette étude, il est fort probable que le patient évalue essentiellement la relation avec le psychologue. Cette observation rejoint les résultats de la troisième étude qui ont montré une évaluation majoritairement positive du psychologue clinicien mais surtout un score plus élevé chez les hommes après qu'ils aient rencontré systématiquement le psychologue.

Etant donné ces observations, la rencontre systématique semble effectivement favoriser la création du lien avec le psychologue et par conséquent aider à l'émergence de la demande de soins psychologiques, en tout cas pour une partie de la population étudiée. Toutefois, dans la pratique clinique, cette démarche ne semble être possible que dans un centre universitaire. Il est en effet irréaliste de proposer ce type de rencontre dans un hôpital périphérique parce que les moyens humains et financiers sont moins importants. De plus, au sein de notre institution, nous sommes conscient que cette démarche n'est possible que dans un premier temps. En effet, après son intégration, tant auprès du patient qu'auprès des soignants, le psychologue risque d'être très vite dépassé par ses activités systématiques et par conséquent, ne pourra plus se rendre suffisamment disponible pour accompagner les patients qui nécessitent des soins psychologiques. Dans ce cas, très concrètement, nous pourrions envisager d'une part de maintenir une rencontre systématique auprès d'une population bien définie en nous basant sur les profils mis en évidence dans nos études et, d'autre part, nous appuyer sur la collaboration des CSO qui peuvent présenter le travail psychologique et son intégration dans un accompagnement transdisciplinaire et par conséquent favoriser un « pré-transfert positif » et l'émergence d'une demande « psy ». Cette seconde solution mériterait toutefois d'être évaluée.

3.3 L'accompagnement de la souffrance

Au-delà des questions cliniques relatives au lien et à la demande, notre travail de recherche a également humblement permis de dresser le profil des patients qui habituellement ne rencontrent pas le psychologue alors qu'ils sont en détresse et qu'ils pourraient bénéficier de ce type de soutien. En effet, une implication directe réside dans le fait que majoritairement les femmes parviennent à bien percevoir leurs émotions, bien évaluer leur détresse et surtout présentent peu de préjugés vis-à-vis du psychologue comme le soutiennent certains auteurs (Chapireau, 2006 ; Vogel et al., 2007). Dans ce cas, elles semblent demander justement un accompagnement et surtout, parviennent à en tirer un bénéfice. Par contre, les hommes, même s'ils ont dans l'ensemble une bonne perception du psychologue clinicien, semblent éviter ce travail s'ils n'ont pas rencontré systématiquement le psycho-oncologue. De plus, les hommes, tendent à minimiser leur détresse, risquant ainsi

l'apparition de troubles psychopathologiques. Cela rejoint les études de Moller- Leimkuhler (2002, cité par Vogel et al., 2007) qui a montré que les hommes adhèrent à des soins psychologiques/psychiatriques pour des diagnostics psychiatriques graves. De plus, même si parfois, l'évitement et/ou la sous-évaluation de la détresse peuvent, dans certains contextes, aider le patient à s'ajuster à une situation difficile, il s'avère toutefois essentiel d'être attentif à la fragilité générée dans ce contexte de maladie grave.

Par conséquent, selon ces observations, nous pourrions envisager de proposer des rencontres systématiques avec le psychologue à des personnes qui risqueraient de présenter des complications psychopathologiques afin de créer une accroche suffisante qui pourrait favoriser l'émergence de la demande d'accompagnement psychologique. Des projets cliniques sont d'ailleurs prévus dans le cas de patients dépendants (Voir perspectives). Dans ce cas, il ne s'agit certainement pas d'imposer un suivi psychologique mais de proposer au patient l'éventualité de recevoir l'aide d'un psychologue, lui laissant la possibilité de s'approprier la demande d'accompagnement. De plus, au-delà de cette première consultation, nous pourrions également envisager que la relation thérapeutique permettrait un travail ultérieur plus conséquent, en ambulatoire, dans un contexte de réintégration psycho-sociale après sa maladie cancéreuse, par exemple. Dans ce cas, mais cela reste une hypothèse, cet accompagnement thérapeutique pourrait se faire également avec un psychologue différent étant donné que nous pouvons supposer que ce « pré-transfert négatif » sera effectivement résolu.

Par ailleurs, même si nous n'avons pas étudié les processus inhérent à ces difficultés émotionnelles, nous supposons toutefois que la régulation émotionnelle joue certainement un rôle majeur dans l'amélioration des symptômes anxio-dépressifs. Selon Desauw (2014), « la régulation émotionnelle permet de maintenir ou modifier l'intensité, la durée, et la valence d'une émotion » (p. 84). Il s'avère toutefois que selon Koole (2009), la régulation émotionnelle peut selon le contexte dans lequel se situe l'individu accentuer ses émotions négatives ou réduire ses émotions positives (cité par Desauw, 2014). Les résultats de la seconde étude ont montré une amélioration des symptômes au HADS en fin de traitements et nous rassure quant à cet intérêt de la rencontre systématique. Cependant, nous ne pouvons pas confirmer cet intérêt pour les hommes de la troisième étude. Par conséquent, au niveau clinique, il est utile d'être prudent et d'avancer au rythme du patient dans l'aide à l'expression émotionnelle. Pour rappel, il est important d'avancer dans les pas du patient pour favoriser le lien et effectivement un soulagement de sa souffrance.

3.4 Les ressources intrapsychiques

En lien avec cette remarque sur l'importance de suivre le rythme du patient, nous voulons également insister sur les ressources intrapsychiques de ce dernier. Selon les conceptions d'Erickson, nous devons être attentif aux compétences du patient pour soulager sa souffrance. C'est aussi pour cette raison que la demande du patient est importante : lui seul sait si il a besoin d'aide, à condition d'être parfaitement au courant de l'offre de soins ! Ne s'agit-il pas là d'une compétence ou d'une ressource du patient ?

Dès lors, s'il est important de respecter ce moment d'appropriation de la demande, c'est aussi parce que le patient peut lui-même faire preuve d'auto-régulation émotionnelle, en mobilisant ses ressources intrapsychiques. Comme nous l'avons souligné précédemment, dans un but d'évaluation standardisée, nous avons choisi d'évaluer les stratégies de coping conscientes. L'implication clinique de cette rencontre systématique ne doit certainement pas devenir une obligation de suivi car il est impossible de soigner un patient psychologiquement sans son consentement. Dans ce cas, le laisser devenir demandeur est une étape essentielle dans toute prise en charge thérapeutique, c'est d'ailleurs dans cette condition que le patient parviendra à mobiliser ses ressources et se soignera efficacement (Spiegel & Giese-Davis, 2003). Nos résultats ont d'ailleurs montré que certaines stratégies de coping amélioraient la détresse du patient et étaient corrélées à un niveau d'anxiété et/ou de dépression plus bas. Ces observations confirment notre ressenti clinique mais aussi nous renforce dans l'idée qu'un travail clinique concluant consiste essentiellement à permettre au patient de mobiliser ses ressources intrapsychiques, à l'instar des théories d'Erickson mais aussi des études de Spiegel et Giese-Davis (2003) et de Razavi et Delvaux (2008) qui ont été menées en cancérologie.

4. Perspectives

A travers nos recherches, nous avons évalué scientifiquement un modèle qui avait été conçu sur base de notre réflexion clinique. Si les résultats sont dans l'ensemble satisfaisants et que nous pouvons nous réjouir du travail clinique que nous avons pu effectuer ces dernières années au sein du centre du cancer de notre institution, il n'en reste pas moins que ce domaine mériterait d'être encore plus investigué. Aussi, la curiosité qui a initié la présente thèse a encore pris plus d'ampleur depuis ces quelques investigations de recherche et, pour la suite de notre parcours de chercheur, plusieurs pistes sont apparues.

Premièrement, nos protocoles ont surtout mis en évidence un intérêt et un impact de la rencontre systématique sur le développement des capacités perceptives du patient quant à sa détresse et à ses stratégies de coping. Toutefois, ces protocoles ne permettent pas d'évaluer clairement les types de processus que cette rencontre serait amenée à influencer. Dès lors, des études complémentaires pourraient être proposées à cette même population afin d'évaluer d'une part, les processus qui pourraient être influencés par la rencontre, entre autres la perception que les patients ont de la maladie et des traitements et, d'autre part, ce qui s'est réellement passé lors de ces rencontres, en évaluant par exemple si la rencontre systématique a favorisé la régulation émotionnelle du patient. Aussi, une étude qualitative permettrait d'évaluer ce qui a été discuté lors de ces rencontres et par conséquent fournirait une définition plus précise de la rencontre systématique avec un psycho-oncologue.

Deuxièmement, dans notre dernier protocole nous avons souhaité évaluer une population de patients atteints de cancers différents. Comme signalé dans les limites de nos études, nous souhaiterions par la suite développer un protocole de recherche plus large, traitant de tous les types de cancer et surtout, évaluant la totalité du parcours du patient, c'est-à-dire lors de l'annonce de la maladie, durant les traitements, dès la fin de ceux-ci,

lors de l'éventuelle récurrence et en fin de vie. En effet, nous continuons à nous interroger sur l'impact de la rencontre systématique, suite à l'annonce de la rechute de son cancer, voire du passage en soins palliatifs. Dans ce cas, est-ce que le patient, si il est confronté à des difficultés, reprendra contact avec le psychologue qu'il avait rencontré systématiquement ?

Troisièmement, si nous avons évalué l'impact de cette entrevue sur des patients présentant de la détresse émotionnelle, qu'en est-il des patients présentant des troubles plus importants, éventuellement des personnalités dépendantes. De nombreux cancers sont causés par des dépendances, notamment le tabac et l'alcool (White, Altmann, & Nanchahal, 2001). Nous savons, par ailleurs, que la population dépendante est dans l'évitement et dans le déni (Penot, 1990) et que, par conséquent, elle présente des difficultés de contact que de nombreux auteurs ont pu mettre en évidence dans la littérature (de Timary, Ogez, van den Bosch, Starkel, & Toussaint, 2007). Est-ce que la rencontre systématique peut aider à la création d'un lien avec ce type de patients ? Ne faudrait-il pas modéliser une stratégie thérapeutique plus complexe qui s'articulerait autour du travail de la motivation au changement pour permettre un accompagnement optimal des patients dépendants atteints d'un cancer ? Si, oui, quelles en seraient les modalités ?

Quatrièmement, ces mêmes questions se posent lorsque l'on s'interroge sur les couples ou les familles. Nos recherches se sont essentiellement basées sur des accompagnements individuels, mais qu'en est-il de l'accroche thérapeutique des couples et/ou des familles ? Un nouveau projet de recherche étudierait l'intérêt de cette démarche systématique sur les couples par le biais d'une évaluation de l'ajustement dyadique.

Enfin, cinquièmement, si nous voulons poursuivre nos recherches en étudiant une population plus large de patients atteints d'un cancer, d'autres éléments mériteraient d'être évalués. Nous nous sommes intéressés dans nos investigations à la détresse, l'anxiété et la dépression, mais aussi aux stratégies de coping conscientes de nos patients. Ces dernières ne sont toutefois pas les seules stratégies qui peuvent être utilisées. La littérature en psycho-oncologie insiste actuellement sur des conceptions plus larges comme par exemple, l'*empowerment* (Aujoulat, D'Hoore, & Deccache, 2007), la recherche de sens (Gagnon et al., 2014) et la résilience (Rowland & Baker, 2005). Aussi, au-delà du coping, nous avons actuellement un intérêt quant aux processus mis en œuvre par le patient suite à son cancer, et notamment l'aide que le psychologue peut lui apporter dans le renforcement de ses aptitudes personnelles. Comme nous l'avons souligné précédemment, notre orientation clinique est brève et hypnotique. Erickson et ses contemporains ont également insisté sur les ressources personnelles qu'il est essentiel de mobiliser pour guérir la souffrance du patient. Par conséquent, un protocole d'étude qualitative consistant à évaluer les ressources du patient suite à l'annonce de cette maladie et la manière dont ce dernier les mobilise pourrait nous aider à développer nos offres de soins psycho-oncologiques.

5. Conclusion

A la lecture de ces quelques perspectives, nous avons conscience qu'il est nécessaire de nos jours de continuellement nous remettre en question. Aussi, pour permettre un travail

clinique optimal, il est essentiel de sans cesse évaluer notre pratique, en donnant la parole à nos patients et surtout en tenant compte de leurs remarques, les protocoles d'études étant des médias essentiels pour permettre cet échange avec nos patients. C'est pour cette raison qu'il nous semble important, en laissant la parole aux patients, de développer des études qualitatives. De cette manière, au-delà des chiffres que nous avons pu mettre en évidence à travers une approche majoritairement épidémiologique, nous pourrons mieux comprendre les processus développés chez les patients à la suite d'une rencontre avec un psychologue, qu'elle soit systématique ou non.

Dans un contexte de soins médicaux qui favorise continuellement la technicité, il est encore plus important que les sciences humaines et surtout la psychologie poursuivent leur développement. C'est en effet de cette manière que nous parviendrons à optimiser nos pratiques et surtout, rendre les soins médicaux plus humains.

Références

- Allebeck, P., & Bolund, C. (1991). Suicides and suicide attempts in cancer patients. *Psychological Medicine*, 21(4), 979-984. doi :10.1017/s0033291700029962
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., ... Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affect Disorders*, 118(1-3), 180-186. doi: 10.1016/j.jad.2009.02.006
- Andersen, B. L., Yang, H.-C., & Farrar, W. B. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. A randomized clinical trial. *Cancer*, 113(12), 3450-2458. doi: 10.1002/cncr.23969
- Andrykowski, M. A., & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer : test of the Andersen model. *Journal of trauma and stress*, 11(2), 189-203. doi: 10.1023/A:1024490718043
- APA (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux*. Paris: Masson.
- Arbuckle, D. S. (1967). *Psychotherapy and counseling: an overview*. New York: McGraw Hill.
- Aujoulat, I., D'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13-20. doi : 10.1016/j.pec.2006.09.008
- Bacqué, M.-F. (2000). *Le deuil à vivre* (Odile Jacob ed.). Paris.
- Baider, L., Andritsch, E., Goldzweig, G., Ever-Hadani, P., Hofman, G., Krenn, G., & Samonigg, H. (2004). Changes in psychological distress of 124 brief reports women with breast cancer in long-term remission and their husbands. *Psychosomatics*, 45, 58-68. doi: 10.1176/appi.psy.45.1.58
- Baillet, F. (2002). Organisation de la psycho-oncologie. *Cancer/Radiothérapie*, 6(Suppl 1), 214s-218s. doi:10.1016/s1278-3218(02)00210-x
- Barez, M., Blasco, T., Fernandez-Castro, J., & Viladrich, C. (2007). A structural model of the relationships between perceived control and adaptation to illness in women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25, 21-43. doi: 10.1300/J077v25n01_02
- Basarab, N. (1996). *La transdisciplinarité, manifeste*. Paris: Edition du Rocher.
- Bézy, O., & Jalonques, I. (2007). De la spécificité du cancer et de ses effets psychiques. *Annales Médico-psychologiques*, 165(2). doi: 10.1016/j.amp.2006.12.010

- Bloch, H. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.
- Blondiaux, I. (2010). "L'avis psy". Quel avis, pour quelle demande et pour quelle éthique ? *Annales Médico- Psychologiques*, 168, 2010-2013.
doi:10.1016/j.amp.2010.02.002
- Bourguignon, O. (2008). *Ethique et pratique psychologique*. Paris: Mardaga.
- Bowling, A. (2004). *Measuring health: a review of quality of life, measuring scales*. England: Buckingham.
- Bramsen, I., Van der Linden, M., Eskens, F., Bijvank, E., Van Groeningen, C., Kaufman, H., & Aaronson, N. (2008). Evaluation of a face-to-face psychosocial screening intervention for cancer patients: Acceptance and effects on quality of life. *Patient Education and Counseling*, 70, 61-68. doi: 10.1016/j.pec.2007.09.010
- Breitbart, W. S., & Alici, Y. (2009). Psycho-oncology. *Harv Rev Psychiatry*, 17(6), 361-376. doi: 10.3109/10673220903465700
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Paris: Masson.
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign--future directions in cancer care. *Psychooncology*, 15(2), 93-95. doi: 10.1002/pon.1022
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British medical journal*, 330(7493), 702-705. doi: 10.1136/bmj.38343.670868.d3
- Registre National Belge du cancer (2011). Cancer incidence in Belgium [Web page]. Retrieved from http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/PrevalenceinBelgium2010_e-book.pdf
- Caraceni, A., & Portenoy, R. K. (1999). An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. *Pain*, 82(3), 263-274. doi: 10.1016/s0304-3959(99)00073-1
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., ... Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British journal of cancer*, 90(12), 2297-2304. doi: 10.1038/sj.bjc.6601887
- Cayrou, S., Dicks, P., Gauvain Piquard, A., & Roge, B. (2003). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psychooncology*, 12(1), 8-23. doi: 10.1002/pon.634

- Cayrou, S., Dickes, P., Gauvain-Piquard, A., Dolbeault, S., Desclaux, B., Viala, A., & Rogé, B. (2001b). Validation d'une version française de la MAC. *Psychologie et Psychométrie*, 22(3-4), 29-58.
- Chapireau, F. (2006). Les recours aux soins spécialisés en santé mentale. Retrieved from <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er533.pdf>
- Chocard, A.-S., Malka, J., Tourbez, G., Duverger, P., Gohier, B., & Garré, J.-B. (2005). Psychiatrie de liaison : Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? *Annales Médico-psychologiques*, 163(8), 691-696. doi: 10.1016/S0003-4487(05)00174-5
- Ciaramella, A., & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*, 10(2), 156-165. doi: 10.1002/pon.505
- Classen, C., Butler, L., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 58, 494-501. doi:10.1001/archpsyc.58.5.494.
- Coleman, M. P., Gatta, G., Verdecchia, A., Esteve, J., Sant, M., Storm, H., Berrino, F. (2013). EUROCare-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Annals of Oncology*, 14(Suppl 5), 128-149. doi: 10.1093/annonc/mdg756
- Commission belge des Psychologues (2014). Code de déontologie. Retrieved from https://www.compsy.be/sites/default/files/code_de_deontologie_fr_0.pdf
- Coscarelli, C. A. S., Ganz, P. A., & Heinrich, R. L. (1991). Cancer Rehabilitation Evaluation System - Short Form. A Cancer specific rehabilitation and quality of life instrument. *Cancer*, 68(6), 1406-1413. doi: 10.1002/1097-0142(19910915)68:6<1406::aid-cnrcr2820680638>3.0.co;2-2
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F., & Roman, S. L. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British journal of cancer*, 97(12), 1625-1631. doi: 10.1038/sj.bjc.6604091
- Coyne, J. (2007). Psychotherapy and survival in cancer : The conflict between hope and evidence. *Psychological bulletin*, 133(3), 367-394. doi: 10.1037/0033-2909.133.3.367
- Dany, J., Duclos, M., Marie, D., Dudoit, E., & Duffaud, F. (2011). Sexualité féminine et cancer : une recherche exploratoire. *Psycho-oncologie*, 5(3), 197-207. doi: 10.1007/s11839-011-0329-z
- Dauchy, S., Dolbeault, S., Sevaux, M., Fizazi, K., Laurence, V., Pacquement, H., & Brugères, L. (2007). Evaluation of psychosocial needs in a population of

- hospitalised adolescent and young adults cancer patients. *Psychooncology*, 16, S1-S287.
- Davis, M. P., & Walsh, D. (2000). Treatment of nausea and vomiting in advanced cancer. *Supportive Care Cancer*, 8(6), 444-452. doi: 10.1007/s005200000151
- De Angelis, R., Sant, M., Coleman, M. P., Francisci, S., Baili, P., Pierannunzio, D., ... Eurocare-5 Working Group, E.-W. (2014). Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5 a population-based study. The *Lancet Oncology*, 15(1), 23-34. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70546-1
- De hennezel, M. (2003). Mission : fin de vie et accompagnement. Rapport au ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées. Retrieved from <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000617.pdf>
- De La Ménardièrre, H., Reich, M., & Vanlemmens, L. (2010). Repérage, clinique et évaluation de la dépression en oncologie: collaboration psychiatre, psychologue et cancérologue. *Psycho-oncologie*, 4(4), 250-255. doi: 10.1007/s11839-010-0285-z
- de Mijolla, A. (2005). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris: Hachette.
- de Timary, P., Ogez, D., van den Bosch, M., Starkel, P., & Toussaint, A. (2007). *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 185-205. doi: 10.3917/cpc.028.0185
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester.
- Dempsey, S. (2007). The public perception of clinical psychologists : A discursive analysis. *Australian Psychologist*, 42(1), 2-14. doi: 10.1080/00050060600726320
- Desauw, A. (2014). Stratégies de régulation émotionnelle des praticiens lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, Université Charles de Gaulle - Lille III, Lille.
- Derogatis, L. R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: Study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989. doi:10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., ... Carnicke, C. L., Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249(6), 751-757. doi: 10.1001/jama.1983.03330300035030
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M., & Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psychooncology*, 15(5), 398-406. doi: 10.1002/pon.962

- Detmar, S. B., & Aaronson, N. K. (2000). How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *Journal of clinical oncology*, 18(18), 3295-3301. doi: 10/2000; 18(18):3295-301.
- Dolbeault, S., Brédart, A., Mignot, V., Hardy, P., Gauvain-Piquard, A., Mandreau, L., . . . Medioni, J. (2008). Screening for psychological distress in two French cancer centers : Feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliative Supportive Care*, 6(2), 107-117. doi:10.1017/s1478951508000187
- Elliott, R., & Rodgers, B. (2010). *Person-centred/experiential approaches to social anxiety: Initial outcome results*. Paper presented at the conference of the UK Chapter of the Society for Psychotherapy Research, Ravenscar, United Kingdom. Abstract retrieved from <http://strathprints.strath.ac.uk/36322/>
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L. S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed.)* (pp. 495-538). New-York: Wiley.
- Endler, N. S., Courbasson, C. M., & Fillion, L. (1998). Coping with cancer: the evidence for the temporal stability of the French-Canadian version of the Coping with Health Injuries and Problems (CHIP). *Personality and individual differences*, 25, 711-717. doi: 10.1016/s0191-8869(98)00095-6
- Endler, N. S., Parker, J. D. A., & Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological assessment*, 10(3), 195-205. doi: 10.1037/1040-3590.10.3.195
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model : a challenge for biomedecine. *Science*, 196, 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. (1999). Psychological Adjustment in Breast Cancer: Processes of Emotional Distress. . *Health Psychology*, 18(4), 315-326. doi: 0278-6133/99/S3.00
- Euller-Ziegler, L., & Ziegler, G. (2001). Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire ? Définition, cadre de soins, problématique. *Revue du Rhumatisme*, 68(2), 126-130. doi: 10.1016/s1169-8330(00)00094-6
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47(8), 720-725.
doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810200028004

- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer*, 127(12), 2893-2917. doi: 10.1002/ijc.25516
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., . . . Bray, F. (2013). GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. *International Agency for Research on Cancer*. Retrieved from <http://globocan.iarc.fr>
- Ferrant, A. (2004). Psycho-oncologie et travail du psychanalyste. *Revue francophone de Psycho-oncologie*, 1, 50-56. doi: DOI 10.1007/s10332-004-0009-3
- Flahault, C., Godet, A., & Dolbeault, S. (2007). Des symptômes au diagnostic, évaluation et prise en charge psychologique et psychiatrique : anxiété, dépression, troubles de personnalité, délirium. In S. Dolbeault, S. Dauchy, A. Brédart, & S. M. Consoli (Eds.), *La psycho-oncologie* (pp. 58-76). Paris: John Libbey Eurotext.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., SD'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(7), 579-594. doi: 10.1002/pon.991
- Freud, S. (1915). *Métapsychologie (Version 1968)*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1953). *La technique psychanalytique (édition 1997)*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1983). *La technique psychanalytique. 3ème édition*. Paris: PUF.
- Gagnon, P., Fillion, L., Robitaille, M. A., Girard, M., Tardif, F., Cochrane, J. P., . . . Breitbart, W. (2014). A cognitive-existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: A pilot study. *Palliat Support Care*, 1-10. doi: 10.1017/S147895151400073X
- Goerling, U., Jaeger, C., Walz, A., Stickel, A., Mangler, M., & van der Meer, E. (2014). The efficacy of short-term psycho-oncological interventions for women with gynaecological cancer: a randomized study. *Oncology (Williston Park)*, 87(2), 114-124. doi: 10.1159/000362818
- Gonçalves, V., Jayson, G., & Tarrier, N. (2011). A longitudinal investigation of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 422-431. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.017
- Gravel, C. (2005). *Le défi du monde de la santé. Comment humaniser les soins et les organisations*. Sainte-Foy: PUQ.
- ReBalance Focus Action Group (2005). A position paper: screening key indicators in cancer patients: pain as a 5th vital sign and emotional distress as a 6th vital sign. *Canadian Strategy for Cancer Control Bulletin*, 7(suppl), 4.
- Guest, L. (1948). The public's attitudes toward psychologists. *American Psychologist*, 3(4), 135-139. doi: 10.1037/h0057512

- Hall, A., Ahern, R., & Fallowfield, L. (1999). Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *European Journal of Cancer*, 35(1), 79-85. doi: 10.1016/s0959-8049(98)00308-6
- Henselmans, I., Helgeson, V. S., Seltman, H., de Vries, J., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychol*, 29(2), 160-168. doi: 10.1037/a0017806
- Holland, J. C. (1999). NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology (Williston Park)*, 86, 738-740.
- Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., Trivedi, M., & Rush, A. J. (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression : Which monotherapy or combined treatment ? *Journal of clinical psychiatry*, 66, 455-568. doi: 10.1176/foc.4.2.200
- Hopwood, P., Sumo, G., Mills, J., Haviland, J., & Bliss, J. (2010). The course of anxiety and depression over 5 years of follow-up and risk factors in women with breast cancer. Results from the UK standardisation of radiotherapy trials. *The breast*, 19(2), 84-91. doi: 10.1016/j.breast.2009.11.007
- Hordern, A. J., & Street, S. F. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer : Patient and health professional perspectives. *Social Science and Medicine*, 64, 1704-1718. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.12.012
- Howell, D., Currie, S., Mayo, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., . . . Digout, C. (2009). *Guide pancanadien de pratique clinique : évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer, Toronto, Partenariat canadien contre le cancer (groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale*. Retrieved from http://www.capo.ca/FRENCH_Adult_Assesment_Guideline.pdf
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005). Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. . *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 46(1), 19-24. doi:10.1176/appi.psy.46.1.19
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S. B., Zabora, J., Baker, F., & Holland, J. C. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*, 103(7), 1494-1502. doi: 10.1002/cncr.20940
- Jacobson, E. (1974). *Biologie des émotions. Les bases théoriques de la relaxation*. Paris: E.S.P.
- Jadoulle, V., Ogez, D., Rokbani, L., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M., & Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study. *Bulletin du cancer*, 93(7), 67-72.

- Johnston, M., Pollard, B., & Hennessey, P. (2000). Construct validation of the hospital anxiety and depression scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 579-584. doi: 10.1016/s0022-3999(00)00102-1
- Jouvent, R., Bungener, C., Morand, P., Millet, V., Lancrenon, S., & Ferreri, M. (1999). Distinction trait/état et anxiété en médecine générale : étude descriptive. *L'encéphale*, 25(1), 86-91.
- Kirsh, K. L., Passik, S., Holtsclaw, E., Donaghy, K., & Theobald, D. (2001). I Get Tired for No Reason: A Single Item Screening for Cancer-Related Fatigue. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(5), 931-937. doi: 10.1016/s0885-3924(01)00350-5
- Kissane, D. W. (2007). Letting go of the hope that psychotherapy prolongs cancer survival. *journal of clinical oncology*, 25(36), 5689–5690. doi: 10.1200/jco.2007.13.9451
- Knight, L., Mussell, M., Brandl, T., Herschbach, P., Marten-Mittag, B., Treiber, M., & Keller, M. (2008). Development and psychometric evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology, a tool for standardized assessment of cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 373-381. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.01.003
- Komiya, N., Good, G., & Sherrod, N. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 138-143. doi: 10.1037//0022-0167.46.4.524
- Kornblith, A. B., & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*, 30(6), 799-813. doi: 10.1053/j.seminoncol.2003.08.025
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New-York: The Macmillian Company.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1998). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Larousse, D. (Ed.) (2004). Paris: Larousse.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Springer Ed.). New York
- Le Corroller-Soriano, A. G., Malavolti, L., Mermilliod, C. (2008). *La vie deux ans après le diagnostic de cancer : une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades*. Paris: La Documentation française.
- Lehtinen, V., H. Katschnig, V. Kovess-Masfety, D. Goldberg. (2007). Developments in the Treatment of Mental Disorders. In D. M. M. Knapp, E. Mossialos, G. Thornicroft (Ed.), *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. McGraw-Hill, Berkshire: Open University Press.
- Lewis, F. (2015). Contribution à une meilleure évaluation et prise en charge de l'anxiété chez des patientes présentant un cancer du sein. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles.

- Libert, Y., Merckaert, I., Etienne, A.-M., Farvacques, C., Lienard, A., Messin, J., . . . Razavi, D. (2006). Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer : Une étude nationale belge. *Oncologie*, 8, 1-12. doi: 10.1007/s10269-006-0439-6
- Lockert, O. (2013). *Hypnose : Evolution, qualité de vie, santé*. Paris : IFHE Editions.
- Loge, J. H., & Abrahamsen, A. F. (1997). Psychological distress after cancer cure: a survey of 459 Hodgkin's disease survivors. *British journal of cancer*, 76(6), 791-796. doi: 10.1038/bjc.1997.464
- Louart, P. (2002). Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel. Retrieved from http://www.e-rh.org/documents/wp_louart2.pdf
- Luxereau, C. (2001). Psychiatrie en médecine : la confusion des langues. *Champ psychosomatique*, 23, 157-174. doi : 10.3917/cpsy.023.0157
- MacLeod, R., Elliott, R., & Rodgers, B. (2012). Process-experiential/emotion-focused therapy for social anxiety: a Hermeneutic Single-Case Efficacy Design study. *Psychother Res*, 22(1), 67-81. doi: 10.1080/10503307.2011.626805
- Maddalena, F., & Ogez, D. (2013). Le rôle spécifique de l'infirmier coordinateur de soins en oncologie dans le dispositif d'annonce de maladie cancéreuse. *Bulletin infirmier du cancer*, 13(3), 86-90.
- Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, E., . . . Vinante, O. (1996). The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer*, 32(9), 1612-1615. doi: 10.1016/0959-8049(96)00134-7
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality (3rd edition)*. New York: Longman.
- McIlmurray, M. B., Thomas, C., Francis, B., Morris, S., Soothill, K., & Al-Hamad, A. (2001). The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study. *European Journal of Cancer Care*, 10(4), 261-269. doi: 10.1046/j.1365-2354.2001.00280.x
- Megglé, D. (2002). *Les thérapies brèves*. Paris : Presses de la Renaissance.
- Mehnert, A. (2004). Prevalence of post-traumatic stress disorder, anxiety and depression in a representative sample of breast cancer patients. *Psychooncology*, 13(S2), 62.
- Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A. M., . . . Razavi, D. (2008). Factors influencing physicians' detection of cancer patients' and relatives' distress: can a communication skills training program improve physicians' detection? *Psychooncology*, 17(3), 260-269. doi: 10.1002/pon.1233
- Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., & Razavi, D. (2005). Breast Cancer: Communication with a Breast Cancer Patient and a Relative. *Annals of Oncology*, 16, 209-212. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdi711>

- Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology*, 19(2), 141-149. doi: 10.1002/pon.1568
- Mikolajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Mitchell, A. J. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *Journal of Clinical Oncology*, 25(29), 4670-4681. doi: 10.1200/JCO.2006.10.0438
- Montazeri, A., Sajadian, A., Fateh, A., Haji-Mahmoodi, M., & Ebrahimi, M. (2004). Factors predicting psychological distress in cancer patients. *Psychooncology*, 13(S2), S62.
- Montel, S., & Bungener, C. (2010). Validation of CHIP (a coping questionnaire) in French patients with neurological disorders. *Revue Neurologique*, 166(1), 54-60. doi: 10.1016/j.neurol.2009.05.004
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A., & Rimer, B. K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psychooncology*, 17(9), 948-953.
- Nadeau, L. (2012). Les études sur l'efficacité de la psychothérapie ou comment la science répond à une question intime. *Psychotropes*, 18, 77-88. doi: 10.3917/psyt.181.0077
- NCCN. (2007). Clinical Practice Guidelines in Oncology Distress Management V.1. Retrieved from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P., & Mikolajczak, M. (2011). Increasing Emotional Competence Improves Psychological and Physical Well-Being, Social Relationships, and Employability. *Emotion*, 11(2), 354-366. doi: 10.1037/a0021554
- Neuburger, R. (2003). *L'autre demande : Psychanalyse et thérapies familiale*. Paris: Payot.
- Newell, S., & Sanson-Fisher, R. W. (1998). How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? Data from a survey of five oncologists. . *Cancer*, 83(8), 1640-1684. doi: 10.1037/0735-7028.31.2.206
- Nicholas, D., & Veach, T. (2000). The psychosocial Assessment of adult Cancer Patient. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 206-215. doi: 10.1037/0735-7028.31.2.206

- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7(561-570). doi: 10.1080/02699939308409206
- OCDE (2013). *Santé mentale et emploi*. Belgique: Editions OCDE.
- Ogez, D. (2010). Supply and demand in Psycho-oncology : How the psycho-oncologist can support the patients and respect their choices. *Psychooncology*, 19(Suppl. 2), 233.
- Ogez, D., Zech, E., Machiels, J.-P., Luts, A., & de Timary, Ph. (2012). La double affiliation du psycho-oncologue : entre cancérologie et psychiatrie de liaison. *Acta Psychiatrica Belgica*, 11(3), 12-19.
- Ogez, D., Colmant, M., Zech, E., & de Timary, P. (2014). Quand le psychologue rencontre systématiquement le patient : quelle place pour une demande personnelle ? Expérience auprès de patients atteints d'un cancer. *Psycho-oncologie*, 8, 117-122. doi: 10.1007/s11839-014-0465-3
- Ogez, D., Brison, C., Zech, E., Berlière, M., Gueibe, P., de Brouhoven, ... de Timary, Ph. (2015). *The interest of a systematic interview with a psycho-oncologist. Longitudinal study in women after the diagnosis of a breast cancer*. Manuscript submitted for publication.
- Onkelinx, L. (2008). Plan national cancer 2008. Retrieved from <http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/Specialisedcare/CancerPlan/19080671?ie2Term=plan+cancer?&fodnlang=fr-.VZoviGAfWYV>
- Pace, T., Chaney, J., Mullins, L., & Olson, R. (1995). Psychological consultation with primary care physicians: obstacles and opportunities in the medical setting. *Professional Psychology : research and Practice*, 26(2), 123-131. doi: 10.1037//0735-7028.26.2.123
- Pasquier, A., Bonnet, A., & Pedinielli, J.-L. (2008). Anxiété, dépression et partage social des émotions: Des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle spécifiques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18(1), 2-7. doi: 10.1016/j.jtcc.2008.02.007
- Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustement au « coping ». In Bruchon- Schweitzer, M. (Ed.), *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: PUF.
- Penot, P. (1990). *Les figures du Dén*. Paris: Dunod.
- Picard, L. (2012). Le couple en contexte du cancer : soutenir ses défis et ses espoirs. Retrieved from http://www.recherchesoinspalliatifs.ca/fra/documents/Lecoupleencontexteducancersoutenirsesdefisetsesespoirs_000.pdf
- Pinder, K. L., Ramirez, A. J., Black, M. E., Richards, M.A., Gregory, W.M., Rubens, R.D. (1993). Psychiatric disorders in patients with advanced breast cancer: Prevalence

- and associated factors. *European Journal of Cancer*, 29(A), 524-527. doi: 10.1016/s0959-8049(05)80144-3
- Potash, M., & Breitbart, W. (2002). Affective disorders in advanced cancer. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 16(3), 671-700. doi: 10.1016/s0889-8588(02)00013-8
- Ransom, S., Jacobsen, P. B., & Booth-Jones, M. V. (2006). Validation of the distress thermometer with bone marrow transplant patients. *Psychooncology*, 15, 604-612. doi: 10.1002/pon.993
- Razavi, D. (2005). *Etude des besoins et de l'organisation du soutien psychosocial des patients atteints d'un cancer et de leurs proches*. Unpublished manuscript.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (1997). Communication skills and psychological training in oncology. *European Journal of Cancer*, 33(Suppl. 6), 15-21. doi: 10.1016/s0959-8049(97)00195-0
- Razavi, D., & Delvaux, N. (2002). *Psycho-oncologie : Le cancer, le malade et sa famille (2ème édition)*. Paris: Masson.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Paris: Elsevier.
- Razavi, D., Delvaux, N., & Farvacques, C. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de Psychologie Appliquée*, 39, 295-308.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *British journal of psychiatry*, 156, 79-83. doi: 10.1192/bjp.156.1.79
- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., De Cock, M., Farvacques, C., & Slachmuylder, J.-L. (2000). Testing health care professionals' communication skills: the usefulness of highly emotional standardized role-playing sessions with simulators. *Psychooncology*, 9, 293-302. doi: 10.1002/1099-1611(200007/08)9:43.0.CO;2-J
- Reheuse, B., & Andpukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients : meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educational Counseling*, 50(2), 179-186. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00149-0
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Roth, A., Kornblith, A., Batel-Copel, L., Perbody, E., Scher, H., & J., H. (1998). Rapid screening distress in men with prostate carcinoma : a pilot study. *Cancer*, 82, 1904-1908. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(19980515)82:10<1904::aid-cnrcr13>3.0.co;2-x

- Roustang, F. (2002). *Qu'est-ce que l'hypnose*. Paris : Editions de minuit.
- Rowland, J. H., & Baker, F. (2005). Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*, 1(104), 2543-2548. doi: 10.1002/cncr.21487
- Ruszniewski, M. (2004). *Face à la maladie grave*. Paris: Dunod.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological Needs and the Facilitation of Integrative Processes. *Journal of Personality*, 63(3), 397-427. doi: 10.1111/1467-6494.ep9510042298
- Salmans, S. (1997). *Depression: questions you have - answers you need*. New York: Peoples Medical Society.
- Saltel, P. (2002). Psycho-oncologie : méthodes, outils. *Cancer/Radiothérapie*, 6, 207-213. doi: 10.1016/s1278-3218(02)00214-7
- Schag, C. A., & Heinrich, R. L. (1990). Development of a comprehensive quality of life measurement tool: CARES. *Oncology (Williston Park)*, 4(5), 135-138;discussion 147.
- Schmid-Buchi, S., Halfens, R., Dassen, T., & Van den Borne, B. (2008). A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of clinical Nursing*, 17, 2895-2909. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02490.x
- Servaes, P., Vingerhoets, A. J. J. M., Vreugdenhil, G., Keuning, J. J., & Broekhuijsen, A. M. (1999). Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behavioral Medicine*, 25(1), 23-27. doi: 10.1080/08964289909596735
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients : results of two meta-analyses. *British journal of cancer*, 80(11), 1770-1780. doi: 10.1038/sj.bjc.6690596
- Simonet, G. (2009). Le concept d'adaptation : polysémie interdisciplinaire et implication pour les changements climatiques. *Natures Sciences Sociétés*, 17(4), 392-401. doi: 10.1051/nss/2009061
- So, W.K.W., Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Lo, J. C. K., Yeung, M., & Li, G. K. H. (2010). Anxiety, depression and quality of life among chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European journal of oncology nursing*, 14, 17-22. doi: 10.1016/j.ejon.2009.07.005
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., ... Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British journal of cancer*, 84(2), 179-185. doi: 10.1054/bjoc.2000.1545
- Specia, M., Carlson, L., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622. doi: 10.1097/00006842-200009000-00004

- SPF Santé publique (2014). Loi sur la psychothérapie. Retrieved from <http://lespsychologues.be/wp-content/uploads/2014/07/Loi-r%C3%A9glementant-les-professions-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale-en-Belgique.pdf>
- SPF Santé Publique (2002). Loi relative aux soins palliatifs en Belgique. Retrieved from <http://www.soinspalliatifs.be/legislation-intro.html>
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668), 888-891. doi: 10.1016/s0140-6736(89)91551-1
- Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., ... Kraemer, H. C. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer*, 110(5), 1130-1138. doi: 10.1002/cncr.22890
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54, 269-282. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00566-3
- Stanton, A. L., Ganz, P. A., Kwan, L., Meyerowitz, B. E., Bower, J. E., Krupnick, J. L., ... Belin, T. R. (2005). Outcomes from the moving beyond cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *Journal of clinical oncology*, 23(25), 6009-6018. doi: 10.1200/jco.2005.09.101
- Stiefel, F., Rouselle, I., Guex, P., & Bernard, M. (2007). Le soutien psychologique du patient cancéreux en clinique oncologique. *Bulletin du cancer*, 94(9), 841-845. doi: 10.1684/bdc.2007.0447
- Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of anxiety disorders*, 6, 249-259. doi: 10.1016/0887-6185(92)90037-8
- Thibodeau, K. (2011). La détresse psychosociale : dépistage, évaluation et interventions interdisciplinaires. Retrieved from <http://www.agencesante09.gouv.qc.ca/Document.aspx?id=693&lang=FR>
- 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(3), 355-361. doi: 10.1007/s00127-009-0068-7
- Van Weert, E., Hoekstra-Weebers, J., Grol, B., Arendzen, H., Postema, K., Sanderman, R., & Van der Schans, C. (2005). A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 485-496. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.02.008

- Vella, E. J., & Budd, M. (2011). Pilot study: retreat intervention predicts improved quality of life and reduced psychological distress among breast cancer patients. *Complement Ther Clin Pract*, 17(4), 209-214. doi: 10.1016/j.ctcp.2011.01.005
- Vogel, D. L., Shechtman, Z., & Wade, N. G. (2010). The Role of Public and Self-Stigma in Predicting Attitudes Toward Group Counseling. *The Counseling Psychologist*, 38(7), 904-922. doi: 10.1177/0011000010368297
- Vogel, D.L., Wester, S.R., & Larson, L.M. (2007). Avoidance of counseling : Psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of counseling & development*, 85, 410-422. doi: 10.1002/j.1556-6678.2007.tb00609.x
- Watson, M., & Bultz, B. (2010). La détresse, sixième signe vital dans les soins du cancer : Etre attentif aux besoins émotionnels des patients : qu'est-ce que ça veut dire et qu'est-ce qui est utile ? *Psycho-oncologie*, 4, 159-163. doi: 10.1007/s11839-010-0269-z
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological medicine*, 18(1), 203-209. doi: 10.1017/S0033291700002026
- Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46. doi: 10.1300/J077V12N03_03
- Webb, A. R., & Speer, J. R. (1986). Prototype of a Profession : Psychology's Public Image. *Professional Psychology. Research and Practice*, 17(1), 5-9. doi: 10.1037/0735-7028.17.1.5
- White, I. R., Altmann, D. R., & Nanchahal, K. (2001). Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *British medical journal*, 325(7357), 191. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00710.x
- Wood, W., Jones, M., & Benjamin, L. T. (1986). Surveying psychology's public image. *American Psychologist*, 41, 947-953. doi:10.1037/0003-066X.41.9.947
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, 10(1), 19-28. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::aid-pon501>3.3.co;2-y
- Zelek, L., Bouillet, T., Latino-Martel, P., Pecollo, N., Barrandon, E., Czernichow, S., Hercberg, S. (2010). Mode de vie et cancer du sein : quels conseils pour la prise en charge de l'après-cancer ? *Oncologie*, 12, 289-297. doi: 10.1007/s10269-010-1878-7
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Annexes

Protocole Etude 1

ENQUÊTE :

Consultations psycho-oncologiques auprès de patientes atteintes
d'un cancer du sein.

Evaluation des rencontres systématiques.

Madame,

Depuis près d'un an, aux Cliniques Universitaires Saint-Luc, une prise en charge pluridisciplinaire et systématique est proposée aux patientes atteintes d'un cancer du sein.

Dans le cadre de l'accompagnement des patientes, nous réalisons une enquête afin de connaître quels ont été vos besoins en terme de soutien psychologique et de quelle manière le service qui vous a été proposé a pu répondre à vos attentes.

La présente enquête est constituée de deux parties. La première partie reprend certaines données démographiques et cliniques. La seconde partie évalue l'appréciation globale des patients en ce qui concerne l'aide psychologique.

En participant à cette étude, vous nous permettez d'améliorer l'accompagnement proposé à tout futur patient.

Nous tenons par ailleurs à insister sur le fait que l'anonymat est garanti et les données recueillies sont confidentielles. Le secret médical et le respect de votre vie privée sont garantis selon la loi de décembre 1992 concernant la protection de la vie privée. L'étude a reçu un avis favorable de la commission d'éthique hospitalo-facultaire de l'UCL. Vous êtes par ailleurs libre de participer ou non à cette enquête.

Si vous éprouvez des difficultés à répondre à ce questionnaire, vous pouvez nous contacter au 02/764 21 60 et demander David Ogez.

Merci d'avance pour l'intérêt témoigné à ce courrier et à notre recherche.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués.

L'équipe des psycho-oncologues de Saint-Luc.

1. Questionnaire Socio-démographique et clinique

DATE:

INFORMATIONS GENERALES

Age :

Code postal :

Langue maternelle :

Origine culturelle :

Statut marital :

☐ Seul (célibataire, séparé, divorcé, veuf)

☐ En couple

Milieu de vie habituel :

☐ Isolé

☐ En couple

☐ En famille

☐ En habitation collective (Résidence pour personnes âgées...)

☐ Autre (à préciser) :

Nombre d'enfants :

Niveau d'études réussies :

☐ Néant

☐ Primaires

☐ Humanités inférieures

☐ Humanités supérieures

☐ Enseignement supérieur non universitaire

☐ Enseignement supérieur universitaire

Catégorie socio-professionnelle (dernière activité, éventuellement en cours)

☐ Sans profession (chômeur, étudiant, retraité, invalide, handicapé)

☐ Ouvrier non qualifié, personnel d'entretien ou de service, ouvrier agricole

☐ Employé, ouvrier qualifié, agriculteur

☐ Artisan, cadre moyen, commerçant, enseignant

☐ Cadre supérieur, profession libérale

☐ Directeur d'entreprise, haut fonctionnaire

☐ Autre: (à préciser) :

Statut professionnel (au moment du diagnostic)

- ☐ Pas d'activité professionnelle
- ☐ Au foyer
- ☐ Etudiant
- ☐ Invalide
- ☐ Chômeur
- ☐ Pensionné
- ☐ Bénévole
- ☐ Autre: (à préciser) :
- ☐ Activité professionnelle momentanément interrompue (maladie, maternité,...)
- ☐ Activité professionnelle à temps partiel
- ☐ Activité professionnelle à temps plein

INFORMATIONS SUR LA MALADIE

- (1) Antécédents de cancer ?
 - Si oui, ☐ Personnels :
 - ☐ Familiaux :
- (2) Comment a-t-on découvert votre cancer du sein ?
.....
- (3) Date du diagnostic de cancer :
- (4) Date de l'intervention chirurgicale :
- (5) Type d'intervention chirurgicale :
 - ☐ Mammectomie
 - ☐ Tumorectomie
- (6) Avez-vous eu des traitements complémentaires :
 - Si oui, ☐ Chimiothérapie
 - ☐ Radiothérapie
 - ☐ Hormonothérapie
 - ☐ Autre:

2. Appréciation de l'aide psychologique

Veuillez être attentifs à chaque question. Certaines ne concerneront qu'une partie d'entre vous, alors que d'autres devront être remplies par tous. Cela dépendra de votre réponse à cette question :

Avez-vous repris contact avec le psychologue après votre première rencontre :

- ☐ Oui (Allez directement au point 2.)
- ☐ Non (Répondez à ce questionnaire sans tenir compte du point 2)

1. Ces questions s'adressent aux patients n'ayant pas repris contact avec le psychologue :

(1) Avez-vous **pensé** reprendre contact avec le psychologue rencontré avant ou après l'intervention chirurgicale?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, A quel moment avez-vous pensé reprendre contact ?

- ☐ Durant les traitements
- ☐ Au moment du bilan
- ☐ Autre:

Combien de temps après l'entretien avec le psychologue avez-vous pensé reprendre contact ?

- ☐ Quelques jours
- ☐ Quelques semaines
- ☐ Plusieurs mois
- ☐ Plus d'un an

Votre intention de reprendre contact est revenue

- ☐ Très souvent
- ☐ Régulièrement
- ☐ Quelques fois
- ☐ Ponctuellement
- ☐ Peu souvent

Quel était la raison motivant votre intention de rappeler le psychologue ? Quel était votre besoin à ce moment-là ?

.....

(2) Qu'est-ce qui pourrait expliquer que vous n'avez pas repris contact? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Vous êtes déjà suivi par un psychologue à l'extérieur
- ☐ Vous avez manqué de temps
- ☐ Vous habitez trop loin des Cliniques Saint-Luc
- ☐ Vous avez manqué d'énergie ou de courage
- ☐ Vous souhaitiez un contact avec une personne extérieure à Saint-Luc
- ☐ Vous avez eu un contact difficile ou peu satisfaisant avec le psychologue
- ☐ Vous n'avez pas ressenti le besoin d'une aide psychologique
- ☐ Autre :

2. Ces questions s'adressent uniquement aux personnes ayant repris contact avec le psychologue

(1) Quand avez-vous repris contact ?

- ☐ Durant les traitements
- ☐ Au moment du bilan
- ☐ Autre:

(2) Combien de temps après l'entretien avec le psychologue avez-vous repris contact?

- ☐ Quelques jours
- ☐ Quelques semaines
- ☐ Plusieurs mois
- ☐ Plus d'un an

(3) Quelle était la raison motivant cette prise de contact ? Quel était votre besoin à ce moment-là ?

.....

(4) Avez-vous été encouragé à reprendre contact avec le psychologue ? Si oui, par qui ?

.....

(5) Combien de fois avez-vous revu le psychologue ? A quel rythme ?

- ☐ 1 fois
- ☐ Entre 2 et 5 fois
- ☐ Entre 5 et 10 fois
- ☐ Plus de 10 fois

3. Ces questions s'adressent à tout le monde

(1) Combien d'entrevues avec le psychologue avez-vous eues pendant la période pré-opératoire et durant l'hospitalisation pour l'opération chirurgicale ?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Plus de 3

(2) A quel moment ont-elles eu lieu ?

.....

(3) Quel serait votre degré de satisfaction globale et d'intérêt quant à cette première rencontre ?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Très satisfait | Satisfait | Indifférent | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |

(4) Quel est votre avis sur la démarche de ce type de rencontre systématique avec un psychologue ?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Très satisfait | Satisfait | Indifférent | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |

(5) Que pensez-vous du moment choisi pour cette première rencontre ?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Très satisfait | Satisfait | Indifférent | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |

(6) Quels ont été pour vous les principaux apports personnels de ce premier contact?

Situez-vous de très important à pas du tout important par rapport aux diverses affirmations ci-dessous...

	Très important	Important	Neutre	Peu important	Pas du tout important
1/ Assurance d'un éventuel soutien, d'une aide le cas où...					
2/ Exprimer son ressenti lors de la découverte de la maladie, de son diagnostic					
3/ S'informer sur la manière d'annoncer le diagnostic à ses proches, à ses enfants					
4/ Libérer ses angoisses face à l'intervention chirurgicale					
5/ Parler des difficultés face à l'image de soi par rapport à la chirurgie ou aux éventuels traitements					
6/ Parler de la crainte du regard du conjoint et de la sexualité					
7/ Bénéficier d'informations complémentaires sur le traitement, la maladie, ...					
8/ Rechercher à être rassuré					
9/ Parler de sa peur des éventuels traitements complémentaires					

Merci pour votre participation ...

Protocole Etude 2

FORMULAIRE D'INFORMATION

Etude : Evaluation des besoins psychosociaux et de la perception du travail psychothérapeutique sur le décours de la maladie cancéreuse.

OBJECTIF

Cette étude a pour objectif d'étudier :

- Les besoins psycho-sociaux suite à un diagnostic de cancer du sein
- La perception des attitudes du psychologue par le patient

METHODE, RISQUES ET BENEFICES

Il vous est demandé de répondre à un ensemble de questionnaires, avec l'aide du chercheur, à différents moments de votre traitement (3 temps). Chaque passation prend environ un quart d'heure. En ce qui concerne les temps 2 et 3, nous vous proposons de vous envoyer les questionnaires par voie informatique ou par courrier.

Cette étude est sans risque. Elle peut ne vous apporter aucun bénéfice immédiat. Cette recherche pourrait permettre à l'avenir d'améliorer la prise en charge psychologique des patients atteints d'un cancer.

CONFIDENTIALITE

Les données recueillies sont confidentielles. Le secret médical et le respect de votre vie privée sont garantis selon la loi de décembre 1992 concernant la protection de la vie privée. L'étude a reçu un avis favorable de la commission d'éthique hospitalo-facultaire de l'UCL.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous êtes libre de participer ou non à cette étude et votre décision ne modifiera en rien les soins qui vous sont prodigués. Vous êtes libre d'interrompre l'étude à n'importe quel moment.

PERSONNE DE REFERENCE

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser directement à :

David Ogez, Centre du cancer
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10 à 1200 Bruxelles
Tél : 02 764 1276
E-mail : david.ogez@uclouvain.be

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT

1. Je soussigné(e), ...
2. déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude « Evaluation des besoins psychosociaux et de la perception du travail psychothérapeutique sur le décours de la maladie cancéreuse. »
3. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée et les effets prévisibles de l'étude et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. Les risques et avantages éventuels de l'étude m'ont été expliqués. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'étude; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
4. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance couvrant la responsabilité même sans faute conformément à l'article 29 de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.
5. Je sais que cette étude a été soumise à l'approbation de la Commission d'Éthique Biomédicale Hospitalo-Facultaire de l'UCL.
6. Je suis libre de participer ou non, de même que quitter l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour mon traitement médical ultérieur.
7. J'accepte que les résultats de cette étude soient communiqués aux autorités concernées. Mon nom et mon adresse seront gardés confidentiels.
8. Je sais que les représentants du commanditaire, du Comité d'Éthique ou des autorités d'enregistrement peuvent souhaiter inspecter mes données médicales pour vérifier l'information recueillie. En signant ce document, j'autorise cette inspection de mes données dans le respect de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, de la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.
9. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Signature du volontaire/patient(e)
Date(jour/mois/année)

Je confirme que j'ai expliqué la nature, le but et les effets prévisibles de l'étude au volontaire/patient mentionné ci-dessus.

Le volontaire/patient confirme son accord de participation par sa signature personnellement datée.

Signature de la personne qui procure l'information
Date (jour/mois/année)

Nom en lettres capitales de la personne qui procure l'information :

FICHE PATIENT

Recrutement du patient

Code de l'institution où le patient a été rencontré :

Code de l'évaluateur :

Patient n°:

→ Code du patient:

(code institution + code de l'évaluateur + n° du patient)

Critères d'éligibilité

	Vrai	Faux
1) Le patient a au moins 18 ans et est de sexe féminin	☐	☐
2) Le patient sait qu'il a un cancer	☐	☐
3) Le patient ne présente aucun trouble cognitif	☐	☐
4) Le patient est capable de compléter seul le questionnaire	☐	☐
5) Le patient n'a aucun trouble psychiatrique majeur	☐	☐

Si vous avez répondu « FAUX » à une de ces questions ci-dessus, le patient n'est PAS ELIGIBLE

Consentement du patient

Le patient a-t-il accepté de participer à l'étude ?

☐ oui

☐ non

Si «non» quels sont les MOTIFS DE SON REFUS :

	OUI	Non
1) Le patient trouve que la passation prend trop de temps	☐	☐
2) Le patient ressent le questionnaire comme une violation de sa vie privée	☐	☐
3) Le patient refuse de participer à l'étude	☐	☐
4) Le patient craint que l'étude ait un impact sur son traitement	☐	☐
5) Le patient ne se sent pas physiquement capable de répondre à un questionnaire	☐	☐
6) Autre(s) : spécifiez _____		

Informations sur le recueil des données
--

Nom du patient : _____

Adresse du patient : _____ n° _____ Bte _____

N° de téléphone du patient : _____

e-mail du patient : _____

Par quel moyen le patient préfère-t-il être recontacté ☐ e-mail

☐ Courrier

Temps 1 :

Date de passation : / /

Temps 2 :

☐ Courrier

Date d'envoi du questionnaire : / /

Date de complétion du questionnaire : / /

Date de retour du questionnaire : / /

Y'a-t-il eu un coup de fil de rappel ?

☐ oui

☐ non

Si oui, à quelle date : / /

☐ e-mail

Date d'envoi du questionnaire : / /

Date de complétion du questionnaire : / /

Y'a-t-il eu un coup de fil de rappel ?

☐ oui

☐ non

Si oui, à quelle date : / /

Temps 3 :☐ **Courrier**Date d'envoi du questionnaire : / / Date de complétion du questionnaire : / / Date de retour du questionnaire : / /

Y'a-t-il eu un coup de fil de rappel ?

☐ oui☐ nonSi oui, à quelle date : / / ☐ **e-mail**Date d'envoi du questionnaire : / / Date de complétion du questionnaire : / /

Y'a-t-il eu un coup de fil de rappel ?

☐ oui☐ nonSi oui, à quelle date : / / **Informations obtenues directement auprès du patient****1. Informations psychologiques**Avez-vous déjà rencontré des difficultés d'ordres psychiatriques ? ☐ OUI ☐ NONSi OUI, avez-vous reçu un traitement ? ☐ OUI ☐ NONEtes-vous encore sous traitement ? ☐ OUI ☐ NON

Lequel ? _____

Avez-vous un suivi psychologique à l'extérieur de l'hôpital ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, depuis combien d'années ? _____

Avez-vous rencontré le/la psychologue de l'hôpital ?

☐ oui☐ non

➔ Si OUI :

A quel moment ?.....

Comment avez-vous vécu ce contact ?.....

+ :

- :

Aimeriez-vous le/la revoir ?

☐ oui

☐ non

Pourquoi ?.....

➔ Si NON :

Auriez-vous aimé le/la rencontrer ?

☐ oui

☐ non

Pourquoi ?.....

Informations obtenues directement ou dans le dossier médical

2. Informations médicales

Avez-vous des antécédents de cancer ?

Si OUI, lesquels ?

À propos de ce cancer :

Quelle est la date des 1ers symptômes ? (Mois et année)

Quelle est la date du diagnostic de ce cancer ?

Quelle est la date de l'intervention chirurgicale ?

Si c'est le cas, quelle est la date de la première chimiothérapie ?

quelle est la date de la dernière chimiothérapie ?

Avez-vous eu de la radiothérapie ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous eu de l'hormonothérapie ? ☐ OUI ☐ NON

Temps 1

Informations générales

Votre date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Votre nationalité :

Votre statut marital :

- (1) Seul (célibataire, séparé, divorcé, veuf)
- (2) En couple occasionnel
- (3) En couple stable

Votre milieu de vie habituel:

- ☐ Isolé
- ☐ En couple
- ☐ En famille fondée
- ☐ En famille parentale
- ☐ En habitation collective
- ☐ Résidence pour personnes âgées
- ☐ Institution de soins
- ☐ Autre

Nombre d'enfants : Age(s)
respectif(s):

Votre niveau d'étude?

- ☐ néant
- ☐ primaires
- ☐ humanités inférieures
- ☐ humanités supérieures
- ☐ enseignement supérieur non universitaire
- ☐ enseignement supérieur universitaire

Votre profession (dernière activité ou éventuellement en cours)?

- (1) Sans profession (chômeur, étudiant, retraité, invalide, handicapé)
- (2) Ouvrier non qualifié, personnel d'entretien ou de service, ouvrier agricole
- (3) Employé, ouvrier qualifié, agriculteur
- (4) Artisan, cadre moyen, commerçant, enseignant
- (5) Cadre supérieur, profession libérale
- (6) Directeur d'entreprise, haut fonctionnaire
- ☐ Autre: (préciser)

Depuis votre diagnostic, êtes-vous encore en activité? ☐ OUI ☐ NON

Auto-questionnaires

Echelle de Besoins (CARES-SF)

Nous vous demandons de remplir ce questionnaire sans l'aide d'un de vos proches.

Vous trouverez sur chacune des pages du questionnaire suivant une liste d'énoncés décrivant des situations ou des expériences auxquelles peuvent être confrontées les personnes présentant une affection cancéreuse.

Nous vous demandons de lire attentivement chaque énoncé de la liste et de cocher pour chaque énoncé la case qui décrit le mieux dans quelle mesure chaque énoncé s'est appliqué à vous au cours du mois écoulé, y compris aujourd'hui.

0 = Pas du tout

1 = Un peu

2 = Modérément

3 = Beaucoup

4 = Enormément

Au cours du mois écoulé, y compris aujourd'hui	0	1	2	3	4
1. J'éprouve des difficultés à me pencher ou à soulever certains objets	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je n'ai plus la même énergie qu'avant	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'éprouve des difficultés à effectuer des tâches ménagères	☐	☐	☐	☐	☐
4. J'éprouve des difficultés à prendre un bain, à me brosser les dents ou à faire ma toilette	☐	☐	☐	☐	☐
5. J'éprouve des difficultés à programmer des activités à cause du cancer ou de ses traitements	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je ne parviens pas à prendre du poids	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je ne suis pas attirée par la nourriture	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je trouve que le cancer ou ses traitements m'empêchent de travailler	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je ressens fréquemment des douleurs	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je trouve que mes vêtements ne me vont pas	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je trouve que l'équipe médicale me cache des informations concernant le cancer	☐	☐	☐	☐	☐
12. J'éprouve des difficultés à poser des questions aux médecins	☐	☐	☐	☐	☐
13. J'éprouve des difficultés à exprimer mes sentiments aux médecins et aux infirmières	☐	☐	☐	☐	☐
14. J'aimerais avoir d'avantage de contrôle sur ce que les médecins me font	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je suis embarrassée de montrer mon corps aux autres à cause de ma maladie	☐	☐	☐	☐	☐
16. Je me sens fréquemment anxieuse	☐	☐	☐	☐	☐
17. J'éprouve des difficultés à dormir	☐	☐	☐	☐	☐
18. J'éprouve des difficultés à me concentrer	☐	☐	☐	☐	☐
19. J'éprouve des difficultés à demander à mes amis ou aux membres de ma famille de faire des choses pour moi	☐	☐	☐	☐	☐
20. J'éprouve des difficultés à parler du cancer à mes amis ou à ma famille	☐	☐	☐	☐	☐
21. Je trouve que mes amis ou les membres de ma famille me disent que j'ai l'air d'aller bien alors que ce n'est pas le cas	☐	☐	☐	☐	☐

22. Je trouve que mes amis ou les membres de ma famille ne me rendent pas assez souvent visite	☐	☐	☐	☐	☐
23. Je trouve que mes amis ou les membres de ma famille éprouvent des difficultés à parler de ma maladie avec moi	☐	☐	☐	☐	☐
24. Je deviens nerveuse lorsque j'attends de voir le médecin	☐	☐	☐	☐	☐
25. Je deviens nerveuse lorsqu'on me fait une prise de sang	☐	☐	☐	☐	☐
26. Je m'inquiète à propos de la progression de mon cancer	☐	☐	☐	☐	☐
27. Je m'inquiète de ne pas être capable de m'occuper de moi-même	☐	☐	☐	☐	☐
28. Je ne me sens pas attirante sur le plan sexuel	☐	☐	☐	☐	☐
29. Je ne pense pas que mon partenaire me trouve sexuellement attirant(e)	☐	☐	☐	☐	☐
30. Les relations sexuelles ne m'intéressent pas	☐	☐	☐	☐	☐
31. Je ne pense pas que mon partenaire soit intéressé par des relations sexuelles avec moi	☐	☐	☐	☐	☐
32. Parfois, je ne me présente pas au rendez-vous chez mon médecin	☐	☐	☐	☐	☐
33. Parfois, je ne me présente pas au rendez-vous pour mon traitement	☐	☐	☐	☐	☐
34. Parfois, je ne prends pas mes médicaments tels qu'ils me sont prescrits	☐	☐	☐	☐	☐
35. J'ai des problèmes financiers	☐	☐	☐	☐	☐
36. J'éprouve des difficultés de déplacement pour me rendre à mes consultations médicales et/ou à d'autres endroits	☐	☐	☐	☐	☐
37. Je prends trop de poids	☐	☐	☐	☐	☐
38. Je trouve certaines procédures diagnostiques extrêmement douloureuses	☐	☐	☐	☐	☐
39. Je connais fréquemment des épisodes de diarrhée	☐	☐	☐	☐	☐
40. A certains moments, je ne parviens pas à contrôler ma vessie	☐	☐	☐	☐	☐

C.H.I.P.

Les propositions suivantes correspondent à différentes réactions possibles face à des problèmes de santé (maladies, blessures, ...). Cochez une case (de 1 à 5) à côté de chaque proposition, afin d'indiquer dans quelle mesure vous avez utilisé chacun de ces moyens face à votre maladie.

1. J'ai pensé à des moments meilleurs	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
2. Je suis restée au lit	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
3. J'ai recherché des informations complémentaires	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
4. Je me suis demandée « pourquoi moi » ?	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
5. J'ai essayé d'être avec les autres	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
6. Je me suis reposée quand je me suis sentie fatiguée	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup

7. J'ai essayé de me soigner rapidement	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
8. Je me suis sentie en colère	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
9. J'ai rêvé toute éveillée	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
10. J'ai dormi	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
11. Je me suis concentrée sur le fait que ça allait s'améliorer	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
12. Je me suis sentie frustrée	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
13. J'ai apprécié l'attention que les gens m'ont portée	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
14. J'ai essayé de conserver mon énergie	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
15. J'ai appris davantage de choses	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
16. J'ai pensé aux choses que j'étais incapable de faire	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
17. J'ai fait des projets pour le futur	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
18. Je suis restée au chaud	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
19. J'ai suivi les conseils qu'on m'a donnés	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
20. J'ai imaginé que j'étais en bonne santé	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
21. J'ai écouté de la musique	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
22. Je me suis aménagée un environnement calme	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
23. J'ai suivi l'avis du médecin	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
24. J'ai souhaité que tout ça ne soit pas arrivé	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup

25. J'ai invité des gens chez moi	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
26. Je suis restée calme et tranquille	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
27. J'ai pris des médicaments aux moments prescrits	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
28. J'ai pensé au fait d'être vulnérable	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
29. Je me suis entourée de jolies choses	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
30. Je me suis installée confortablement	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
31. Je me suis renseignée à propos du traitement	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
32. Je me suis inquiétée au sujet de ma santé	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup

H.A.D.S.

Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1. Je suis tendue : ☐ La plupart du temps ☐ Très souvent ☐ De temps en temps ☐ Jamais	2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : ☐ Oui, tout à fait ☐ Pas autant ☐ Un peu seulement ☐ Presque pas du tout
3. J'ai l'impression que quelque chose d'horrible va m'arriver : ☐ Oui, très nettement ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave ☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas ☐ Pas du tout	4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses : ☐ Autant que par le passé ☐ Plus autant maintenant ☐ Vraiment moins qu'avant ☐ Pas du tout
5. Je me fais du souci : ☐ Très souvent ☐ Assez souvent ☐ De temps en temps ☐ Parfois	6. Je suis de bonne humeur : ☐ Jamais ☐ Pas souvent ☐ Parfois ☐ La plupart du temps

7. Je peux rester assise et me sentir décontractée : ☐ Oui ☐ En général ☐ Pas souvent ☐ Jamais	8. J'ai l'impression de ne fonctionner qu'à vitesse réduite : ☐ Presque toujours ☐ Très souvent ☐ Parfois ☐ Pas du tout
9. J'éprouve des sentiments de peur : ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Assez souvent ☐ Très souvent	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence : ☐ 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 et n'arrive pas à tenir en place : ☐ Oui, beaucoup ☐ Assez ☐ Pas beaucoup ☐ Jamais	12. Je me promets beaucoup de plaisir de certaines choses : ☐ Autant qu'auparavant ☐ Un peu 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 à un bon livre ou à une émission radio ou de télévision : ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Peu souvent ☐ Très rarement

Merci de votre participation

Temps 2 / 3

Informations générales

Votre nom :

Votre prénom :

Votre date de naissance : / /

La date d'aujourd'hui :

Informations spécifiques par rapport au traitement physique

Après votre hospitalisation, avez-vous subi des cures de chimiothérapies ?

☐ oui ☐ non

→ Si OUI,

Combien en avez-vous subies à l'heure actuelle ?

Combien de cures sont encore à programmer ?

Informations spécifiques par rapport à l'accompagnement

Avez-vous revu le/la psychologue de l'hôpital depuis votre hospitalisation ?

☐ oui ☐ non

→ Si OUI,

Combien de fois l'avez-vous revu(e) ?

Combien de fois au moment des cures ?

Combien de fois en dehors des jours de cure ?

Ces rencontres étaient-elles le fruit de votre initiative ?

Si ces rencontres vous ont semblé utiles, pouvez-vous nous décrire ce qu'elles vous ont apporté ?

.....

Souhaitez-vous continuer ces rencontres ?

→ Si NON,

Auriez-vous aimé que cela soit différent ?

Pourquoi ?

Avez-vous le sentiment que d'autres types de soutien vous ont été utiles (groupe de parole, atelier, rencontre) ?

☐ oui ☐ non

→ Si OUI,

Lesquels ?

.....

Les conseillerez-vous à d'autres patients souffrants de cancer ?

Pourquoi ?

.....

Auto-questionnaires

Echelle de Besoins (CARES-SF)

Nous vous demandons de remplir ce questionnaire sans l'aide d'un de vos proches.

Vous trouverez sur chacune des pages du questionnaire suivant une liste d'énoncés décrivant des situations ou des expériences auxquelles peuvent être confrontées les personnes présentant une affection cancéreuse.

Nous vous demandons de lire attentivement chaque énoncé de la liste et de cocher pour chaque énoncé la case qui décrit le mieux dans quelle mesure chaque énoncé s'est appliqué à vous au cours du mois écoulé, y compris aujourd'hui.

0 = Pas du tout

1 = Un peu

2 = Modérément

3 = Beaucoup

4 = Enormément

Au cours du mois écoulé, y compris aujourd'hui	0	1	2	3	4
1. J'éprouve des difficultés à me pencher ou à soulever certains objets	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je n'ai plus la même énergie qu'avant	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'éprouve des difficultés à effectuer des tâches ménagères	☐	☐	☐	☐	☐
4. J'éprouve des difficultés à prendre un bain, à me brosser les dents ou à faire ma toilette	☐	☐	☐	☐	☐
5. J'éprouve des difficultés à programmer des activités à cause du cancer ou de ses traitements	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je ne parviens pas à prendre du poids	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je ne suis pas attirée par la nourriture	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je trouve que le cancer ou ses traitements m'empêchent de travailler	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je ressens fréquemment des douleurs	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je trouve que mes vêtements ne me vont pas	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je trouve que l'équipe médicale me cache des informations concernant le cancer	☐	☐	☐	☐	☐
12. J'éprouve des difficultés à poser des questions aux médecins	☐	☐	☐	☐	☐

13. J'éprouve des difficultés à exprimer mes sentiments aux médecins et aux infirmières	☐	☐	☐	☐	☐
14. J'aimerais avoir d'avantage de contrôle sur ce que les médecins me font	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je suis embarrassée de montrer mon corps aux autres à cause de ma maladie	☐	☐	☐	☐	☐
16. Je me sens fréquemment anxieuse	☐	☐	☐	☐	☐
17. J'éprouve des difficultés à dormir	☐	☐	☐	☐	☐
18. J'éprouve des difficultés à me concentrer	☐	☐	☐	☐	☐
19. J'éprouve des difficultés à demander à mes amis ou aux membres de ma famille de faire des choses pour moi	☐	☐	☐	☐	☐
20. J'éprouve des difficultés à parler du cancer à mes amis ou à ma famille	☐	☐	☐	☐	☐
21. Je trouve que mes amis ou les membres de ma famille me disent que j'ai l'air d'aller bien alors que ce n'est pas le cas	☐	☐	☐	☐	☐
22. Je trouve que mes amis ou les membres de ma famille ne me rendent pas assez souvent visite	☐	☐	☐	☐	☐
23. Je trouve que mes amis ou les membres de ma famille éprouvent des difficultés à parler de ma maladie avec moi	☐	☐	☐	☐	☐
24. Je deviens nerveuse lorsque j'attends de voir le médecin	☐	☐	☐	☐	☐
25. Je deviens nerveuse lorsqu'on me fait une prise de sang	☐	☐	☐	☐	☐
26. Je m'inquiète à propos de la progression de mon cancer	☐	☐	☐	☐	☐
27. Je m'inquiète de ne pas être capable de m'occuper de moi-même	☐	☐	☐	☐	☐
28. Je ne me sens pas attirante sur le plan sexuel	☐	☐	☐	☐	☐
29. Je ne pense pas que mon partenaire me trouve sexuellement attirant(e)	☐	☐	☐	☐	☐
30. Les relations sexuelles ne m'intéressent pas	☐	☐	☐	☐	☐
31. je ne pense pas que mon partenaire soit intéressé par des relations sexuelles avec moi	☐	☐	☐	☐	☐
32. Parfois, je ne me présente pas au rendez-vous chez mon médecin	☐	☐	☐	☐	☐
33. Parfois, je ne me présente pas au rendez-vous pour mon traitement	☐	☐	☐	☐	☐
34. Parfois, je ne prends pas mes médicaments tels qu'ils me sont prescrits	☐	☐	☐	☐	☐
35. J'ai des problèmes financiers	☐	☐	☐	☐	☐
36. J'éprouve des difficultés de déplacement pour me rendre à mes consultations médicales et/ou à d'autres endroits	☐	☐	☐	☐	☐
37. Je prends trop de poids	☐	☐	☐	☐	☐
38. Je trouve certaines procédures diagnostiques extrêmement douloureuses	☐	☐	☐	☐	☐
39. Je connais fréquemment des épisodes de diarrhée	☐	☐	☐	☐	☐
40. A certains moments, je ne parviens pas à contrôler ma vessie	☐	☐	☐	☐	☐

C.H.I.P.							
Les propositions suivantes correspondent à différentes réactions possibles face à des problèmes de santé (maladies, blessures, ...). Cochez une case (de 1 à 5) à côté de chaque proposition, afin d'indiquer dans quelle mesure vous avez utilisé chacun de ces moyens face à votre maladie.							
1. J'ai pensé à des moments meilleurs	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
2. Je suis restée au lit	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
3. J'ai recherché des informations complémentaires	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
4. Je me suis demandée « pourquoi moi » ?	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
5. J'ai essayé d'être avec les autres	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
6. Je me suis reposée quand je me suis sentie fatiguée	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
7. J'ai essayé de me soigner rapidement	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
8. Je me suis sentie en colère	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
9. J'ai rêvé toute éveillée	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
10. J'ai dormi	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
11. Je me suis concentrée sur le fait que ça allait s'améliorer	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
12. Je me suis sentie frustrée	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
13. J'ai apprécié l'attention que les gens m'ont portée	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
14. J'ai essayé de conserver mon énergie	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
15. J'ai appris davantage de choses	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup

16. J'ai pensé aux choses que j'étais incapable de faire	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
17. J'ai fait des projets pour le futur	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
18. Je suis restée au chaud	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
19. J'ai suivi les conseils qu'on m'a donnés	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
20. J'ai imaginé que j'étais en bonne santé	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
21. J'ai écouté de la musique	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
22. Je me suis aménagée un environnement calme	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
23. J'ai suivi l'avis du médecin	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
24. J'ai souhaité que tout ça ne soit pas arrivé	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
25. J'ai invité des gens chez moi	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
26. Je suis restée calme et tranquille	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
27. J'ai pris des médicaments aux moments prescrits	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
28. J'ai pensé au fait d'être vulnérable	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
29. Je me suis entourée de jolies choses	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
30. Je me suis installée confortablement	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
31. Je me suis renseignée à propos du traitement	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup
32. Je me suis inquiétée au sujet de ma santé	Pas du tout	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Beaucoup

H.A.D.S.	
Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux <u>ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler</u>. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.	
1. Je suis tendu(e) : ☐ La plupart du temps ☐ Très souvent ☐ De temps en temps ☐ Jamais	2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : ☐ Oui, tout à fait ☐ Pas autant ☐ Un peu seulement ☐ Presque pas du tout
3. J'ai l'impression que quelque chose d'horrible va m'arriver : ☐ Oui, très nettement ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave ☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas ☐ Pas du tout	4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses : ☐ Autant que par le passé ☐ Plus autant maintenant ☐ Vraiment moins qu'avant ☐ Pas du tout
5. Je me fais du souci : ☐ Très souvent ☐ Assez souvent ☐ De temps en temps ☐ Parfois	6. Je suis de bonne humeur : ☐ Jamais ☐ Pas souvent ☐ Parfois ☐ La plupart du temps
7. Je peux rester assis(e) et me sentir décontracté(e) : ☐ Oui ☐ En général ☐ Pas souvent ☐ Jamais	8. J'ai l'impression de ne fonctionner qu'à vitesse réduite : ☐ Presque toujours ☐ Très souvent ☐ Parfois ☐ Pas du tout
9. J'éprouve des sentiments de peur : ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Assez souvent ☐ Très souvent	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence : ☐ 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 et n'arrive pas à tenir en place : ☐ Oui, beaucoup ☐ Assez ☐ Pas beaucoup ☐ Jamais	12. Je me promets beaucoup de plaisir de certaines choses : ☐ Autant qu'auparavant ☐ Un peu 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 à un bon livre ou à une émission radio ou de télévision : ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Peu souvent ☐ Très rarement
--	--

Merci de votre participation

Protocole Etude 3

FORMULAIRE D'INFORMATION

ETUDE LONGITUDINALE EN ONCOLOGIE :

COMPARAISON DE L'EFFICACITE D'OUTILS D'EVALUATION EN PSYCHO-ONCOLOGIE.

OBJECTIF

Suite à un diagnostic de cancer, une évaluation des difficultés psychologiques et des besoins est proposée au patient. Différentes méthodes existent dans la littérature. A travers notre recherche, nous souhaitons évaluer la méthode qui convient le mieux à la clinique oncologique.

Par ailleurs, un premier contact est proposé lors de ce diagnostic. Cette étude longitudinale a également pour objectif d'évaluer la relation thérapeutique et son évolution lors du parcours de soins du patient.

METHODE, RISQUES ET BENEFICES

Il vous est demandé de répondre à un ensemble de questionnaires, avec l'aide du chercheur, à différents moment de votre traitement (3 temps). Chaque passation prend environ un quart d'heure. En ce qui concerne les temps 2 et 3, nous vous proposons de vous envoyer les questionnaires par voie informatique ou par courrier.

Cette étude est sans risque. Elle peut ne vous apporter aucun bénéfice immédiat. Cette recherche pourrait permettre à l'avenir d'améliorer la prise en charge psychologique des patients atteints d'un cancer.

CONFIDENTIALITE

Les données recueillies sont confidentielles. Le secret médical et le respect de votre vie privée sont garantis selon la loi de décembre 1992 concernant la protection de la vie privée. L'étude a reçu un avis favorable de la commission d'éthique hospitalo-facultaire de l'UCL.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous êtes libre de participer ou non à cette étude et votre décision ne modifiera en rien les soins qui vous sont prodigués. Vous êtes libre d'interrompre l'étude à n'importe quel moment.

PERSONNE DE REFERENCE

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser directement à :

David Ogez, Centre du cancer, Cliniques Universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10, 1200 Bruxelles
Tél : 02 764 1276 E-mail : david.ogez@uclouvain.be

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT

1. Je soussigné(e), ...
2. déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude « étude longitudinale en oncologie : comparaison de l'efficacité d'outils d'évaluation en psycho-oncologie. »
3. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée et les effets prévisibles de l'étude et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. Les risques et avantages éventuels de l'étude m'ont été expliqués. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'étude; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
4. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance couvrant la responsabilité même sans faute conformément à l'article 29 de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.
5. Je sais que cette étude a été soumise à l'approbation de la Commission d'Éthique Biomédicale Hospitalo-Facultaire de l'UCL.
6. Je suis libre de participer ou non, de même que quitter l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour mon traitement médical ultérieur.
7. Je sais que je peux être pris en charge par le psychologue du service et que l'importance et l'utilité de ce type de soins est démontrée dans la littérature.
8. J'accepte que les résultats de cette étude soient communiqués aux autorités concernées. Mon nom et mon adresse seront gardés confidentiels.
9. Je sais que les représentants du commanditaire, du Comité d'Éthique ou des autorités d'enregistrement peuvent souhaiter inspecter mes données médicales pour vérifier l'information recueillie. En signant ce document, j'autorise cette inspection de mes données dans le respect de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, de la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.
10. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Signature
Date(jour/mois/année)

du

volontaire/patient(e)

Je confirme que j'ai expliqué la nature, le but et les effets prévisibles de l'étude au volontaire/patient mentionné ci-dessus.

Le volontaire/patient confirme son accord de participation par sa signature personnellement datée.

Signature de la personne qui procure l'information
Date (jour/mois/année)

Nom en lettres capitales de la personne qui procure l'information :

**ETUDE LONGITUDINALE EN ONCOLOGIE :
COMPARAISON DE L'EFFICACITE D'OUTILS D'EVALUATION EN ONCOLOGIE**

Date de passation : .. / .. /20..

Nom du chercheur:

Nom de l'institution :

Identification de la clinique multidisciplinaire :

Identification du patient :

Code patient (Code clinique + id Patient) :

RAPPEL DES CRITERES D'ELIGIBILITE POUR L'ETUDE

1. Le patient a au moins 18 ans
2. Le patient sait qu'il a un cancer
3. Le patient ne présente aucun trouble cognitif
4. Le patient est capable de compléter seul le questionnaire
5. Le patient n'a aucun trouble psychiatrique majeur

CONSENTEMENT DU PATIENT

Le patient a-t-il accepté de participer à l'étude ? 0 Oui 0 Non

Si NON, quels sont les MOTIFS DE SON REFUS :

- 0 Le patient trouve que la passation prend trop de temps.
- 0 Le patient craint que l'étude ait un impact sur son traitement.
- 0 Le patient ne se sent pas physiquement capable de répondre à un questionnaire.
- 0 Autre(s) : spécifiez :

TEMPS DE L'ETUDE

1. Date du T1 : .. / .. /201 .
2. Date du T2 : .. / .. /201 .
3. Date du T3 : .. / .. /201 .

Temps 1

1. INFORMATIONS PERSONNELLES

1. Coordonnées du patient :

Nom :

Adresse : n° Bte

.....

N° de téléphone :

e-mail :

2. Date de naissance : .. / .. /19 ..

3. Origine culturelle :

☐ Europe Occidentale

☐ Europe de l'Est

☐ Proche ou Moyen-Orient

☐ Maghreb

☐ Afrique (Hors Maghreb)

☐ Asie

☐ Autre(s) : spécifiez :

4. Sexe :

☐ Masculin

☐ Féminin

5. votre état civil:

☐ Célibataire

☐ Marié(e) ou PACS

☐ Séparé(e)

☐ Divorcé(e)

☐ veuf (ve)

6. Avez-vous des enfants ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, combien d'enfants avez-vous ?

Quels sont leurs âges respectifs ?

7. Votre situation familiale

☐ ne vivant pas en couple, sans enfant à la maison

☐ ne vivant pas en couple, avec enfant(s) à la maison

☐ vivant en couple, sans enfant à la maison

☐ vivant en couple, avec enfant(s) à la maison

8. Votre niveau d'étude?

- ☐ Enseignement primaire ou moins
☐ Enseignement secondaire inférieur
☐ Enseignement secondaire supérieur
☐ Enseignement supérieur non universitaire
☐ Enseignement supérieur universitaire

9. Activité professionnelle ?

- ☐ Travail à temps plein
☐ Travail à temps partiel
☐ Incapacité de travail
☐ A la recherche d'un emploi (sans allocation de chômage)
☐ A la recherche d'un emploi (avec allocation de chômage)
☐ Etudiant(e)
☐ Homme/Femme au foyer
☐ Pré-retraité(e) / Retraité(e)
☐ Autre(s) : spécifiez :

2. INFORMATIONS PSYCHOLOGIQUES

1. AVANT votre diagnostic de cancer :

Avez-vous rencontré des difficultés d'ordre psychologique avant votre diagnostic de cancer ? 0 OUI 0 NON

Si OUI, de quel type ?

Si OUI, avez-vous reçu un traitement médical pour ces difficultés psychologiques ? 0 OUI 0 NON

Lequel ?

Etes-vous encore sous traitement ? 0 OUI 0 NON

Avez-vous été suivi(e) par un psychologue pour cette raison ? 0 OUI 0 NON

Etes-vous encore suivi(e) par un psychologue pour cette raison ? 0 OUI 0 NON

2. DEPUIS votre diagnostic de cancer :

Avez-vous rencontré des difficultés d'ordre psychologique depuis votre diagnostic de cancer ? 0 OUI 0 NON

Si OUI, de quel type ?

Si OUI, avez-vous reçu un traitement médical ? 0 OUI 0 NON

Etes-vous encore sous traitement ? 0 OUI 0 NON

Avez-vous eu un suivi psychologique à l'extérieur de l'hôpital ? 0 OUI 0 NON

Etes-vous encore suivi(e) par un psychologue pour cette raison ? 0 OUI 0 NON

Avez-vous rencontré le/la psychologue de l'hôpital ? 0 OUI 0 NON

Etes-vous encore suivi(e) par ce psychologue ? 0 OUI 0 NON

3. Soutien de l'entourage

a. Support social : Sur combien de personnes (incluant, éventuellement, les membres de votre famille) pouvez-vous compter pour vous offrir un soutien concret dans le cadre de votre maladie (i.e., combien de personnes pourraient-elles vous conduire à l'hôpital pour y suivre vos traitements ?)

- ☐ 0 personne
- ☐ 1 personne
- ☐ 2 personnes
- ☐ 3 personnes
- ☐ 4 personnes
- ☐ 5 personnes
- ☐ Entre 6 et 10 personnes
- ☐ Plus de 10 personnes

b. Support social : Vers combien de personnes (incluant, éventuellement, les membres de votre famille) pourriez-vous vous tourner pour être consolé(e) dans le cadre de votre maladie (i.e., à combien de personnes pourriez-vous parler de vos sentiments, être écouté et consolé)?

- ☐ 0 personne
- ☐ 1 personne
- ☐ 2 personnes
- ☐ 3 personnes
- ☐ 4 personnes
- ☐ 5 personnes
- ☐ Entre 6 et 10 personnes
- ☐ Plus de 10 personnes

Pourriez-vous situer sur cette échelle votre sentiment sur vos contacts sociaux ? 1 étant très insatisfaisant et 5 étant très satisfaisant.

Très insatisfaisant					Très satisfaisant
1	2	3	4	5	

3. INFORMATIONS MEDICALES

Quel type de cancer avez-vous eu ?

Quelle est la date des premiers symptômes ? (Mois et année)

Quelle est la date du diagnostic de ce cancer ?

A-t-il eu une intervention chirurgicale ? 0 OUI 0 NON

Si OUI, quelle est la date de l'intervention chirurgicale ?

Avez-vous eu de la chimiothérapie ? 0 OUI 0 NON

Avez-vous eu de la radiothérapie ? 0 OUI 0 NON

Avez-vous eu de l'hormonothérapie ? 0 OUI 0 NON

Si les traitements sont terminés, quelle est la date de votre dernier traitement ?
.....

4. Auto-questionnaires



OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE (ODD)

NOM :

PRENOM :

N° Admin :

N° Groupe :

DATE : _____

La **détresse** est une émotion désagréable qui diminue la qualité de vie et peut nuire au fonctionnement de la personne

1. COTE AU THERMOMÈTRE	2. LISTE DE PROBLÈMES																																																																																																																																		
Comment évaluez-vous votre détresse durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui ? SVP Encerclez un chiffre sur le thermomètre. <i>Détresse extrême</i> <i>Aucune détresse</i>	SVP cochez tous les éléments qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui. Pratique ☐ Travail/études ☐ Finances ☐ Se rendre aux rendez-vous ☐ Logement Social / familial ☐ Me sentir comme un fardeau ☐ Préoccupations envers la famille / les amis ☐ Me sentir seul(e) Émotionnel ☐ Peurs / inquiétudes ☐ Tristesse ☐ Colère/ frustration ☐ Changement d'apparence ☐ Intimité / Sexualité ☐ Perte d'intérêt face aux activités habituelles ☐ M'adapter à la maladie Spirituel ☐ Me questionner sur le sens ou le but de ma vie ☐ Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances ☐ Me questionner dans ma relation à Dieu Information ☐ Comprendre la maladie et les traitements ☐ Communiquer avec l'équipe soignante ☐ Prendre une décision face aux traitements ☐ Connaître les ressources disponibles Physique ☐ Concentration / mémoire ☐ Sommeil ☐ Poids ☐ Constipation ou diarrhée																																																																																																																																		
3. ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON (ESAS) Pour chaque item suivant, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état de santé au cours des DERNIÈRES 24 HEURES. <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Aucune douleur</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>Pire douleur possible</td> </tr> <tr> <td>Aucune fatigue</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>Pire fatigue possible</td> </tr> <tr> <td>Aucune nausée</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>Pires nausées possibles</td> </tr> <tr> <td>Aucune dépression</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>Pire dépression possible</td> </tr> <tr> <td>Aucune anxiété</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>Pire anxiété possible</td> </tr> <tr> <td>Aucune somnolence</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>Pire somnolence possible</td> </tr> <tr> <td>Très bon appétit</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>Pire appétit possible</td> </tr> <tr> <td>Meilleure sensation de bien-être</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>Pire sensation de bien-être possible</td> </tr> <tr> <td>Aucun essoufflement</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>Pire essoufflement possible</td> </tr> <tr> <td>Autre problème</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Souhaitez-vous avoir de l'aide pour l'un des problèmes nommés ci-haut? Oui ☐ Non ☐		Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible	Aucune fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire fatigue possible	Aucune nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pires nausées possibles	Aucune dépression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire dépression possible	Aucune anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire anxiété possible	Aucune somnolence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire somnolence possible	Très bon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire appétit possible	Meilleure sensation de bien-être	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire sensation de bien-être possible	Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire essoufflement possible	Autre problème	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible																																																																																																																							
Aucune fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire fatigue possible																																																																																																																							
Aucune nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pires nausées possibles																																																																																																																							
Aucune dépression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire dépression possible																																																																																																																							
Aucune anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire anxiété possible																																																																																																																							
Aucune somnolence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire somnolence possible																																																																																																																							
Très bon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire appétit possible																																																																																																																							
Meilleure sensation de bien-être	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire sensation de bien-être possible																																																																																																																							
Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire essoufflement possible																																																																																																																							
Autre problème	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																								

Avez-vous pensé rencontrer un Psychologue ?

☐ oui ☐ non

Echelle de perception				
Lisez attentivement la consigne suivante : Sur une échelle de 1 à 10 où 1 = pas du tout et 10 = complètement, totalement, absolument à quel point pensez-vous que chacun de ces 11 groupes d'adjectifs décrivent un psychologue clinicien ? En outre, indiquez, s'il vous plaît, si vous considérez chacun de ces 11 groupes comme représentatifs de caractéristiques positives, négatives ou neutres.				
	1 à 10	Négatif	Neutre	Positif
1. Froid, indifférent, introverti, étrange		☐	☐	☐
2. Autoritaire, hostile, avide, égoïste		☐	☐	☐
3. Dédié, persistante, bien formés		☐	☐	☐
4. Serviable, attentionné, sympathique, à l'écoute		☐	☐	☐
5. Curieux, fait des sondages, un chercheur		☐	☐	☐
6. Patient, calme, maîtrise de soi		☐	☐	☐
7. Traite des problèmes de santé mentale, étudie les comportements, étudie l'esprit		☐	☐	☐
8. Riche, bien habillé, d'aspect professionnel		☐	☐	☐
9. Aime apprendre, intelligent, studieux, bien informé, liés à l'école, sage		☐	☐	☐
10. Nécessaire, sous-payés		☐	☐	☐
11. Compréhensif, comprend les gens, bien ajustés, donne des conseils		☐	☐	☐

H.A.D.S.	
Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux <u>ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler</u>. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.	
1. Je suis tendue : ☐ La plupart du temps ☐ Très souvent ☐ De temps en temps ☐ Jamais	2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : ☐ Oui, tout à fait ☐ Pas autant ☐ Un peu seulement ☐ Presque pas du tout
3. J'ai l'impression que quelque chose d'horrible va m'arriver : ☐ Oui, très nettement ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave ☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas ☐ Pas du tout	4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses : ☐ Autant que par le passé ☐ Plus autant maintenant ☐ Vraiment moins qu'avant ☐ Pas du tout

5. Je me fais du souci : ☐ Très souvent ☐ Assez souvent ☐ De temps en temps ☐ Parfois	6. Je suis de bonne humeur : ☐ Jamais ☐ Pas souvent ☐ Parfois ☐ La plupart du temps
7. Je peux rester assise et me sentir décontractée : ☐ Oui ☐ En général ☐ Pas souvent ☐ Jamais	8. J'ai l'impression de ne fonctionner qu'à vitesse réduite : ☐ Presque toujours ☐ Très souvent ☐ Parfois ☐ Pas du tout
9. J'éprouve des sentiments de peur : ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Assez souvent ☐ Très souvent	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence : ☐ 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 d'attention ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : ☐ Oui, beaucoup ☐ Assez ☐ Pas beaucoup ☐ Jamais	12. Je me promets beaucoup de plaisir de certaines choses : ☐ Autant qu'auparavant ☐ Un peu 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 à un bon livre ou à une émission radio ou de télévision : ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Peu souvent ☐ Très rarement

Merci de votre participation

TEMPS 2

ETUDE LONGITUDINALE EN ONCOLOGIE : COMPARAISON DE L'EFFICACITE D'OUTILS D'EVALUATION EN ONCOLOGIE.

Code patient :

Date de passation : .. / .. /201..

Depuis votre diagnostic :

- 1 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? 0 Oui 0 Non
2 Avez-vous eu de la chimiothérapie ? 0 Oui 0 Non
3 Avez-vous eu de la radiothérapie ? 0 Oui 0 Non
4 Avez-vous eu de l'hormonothérapie ? 0 Oui 0 Non

Si les traitements sont terminés, quelle est la date de vos derniers traitements ?
.....

1. QUESTIONS OUVERTES : PREMIERE RENCONTRE AVEC LE PSYCHOLOGUE DU SERVICE

Suite à votre diagnostic, avez-vous rencontré un psychologue à l'hôpital ?

0 Oui

0 Non : Passez directement au point 2.

Si OUI, combien de fois l'avez-vous rencontré ?

Avez-vous demandé cet entretien ? 0 Oui 0 Non

Vous a-t-on proposé cet entretien ? 0 Oui 0 Non

Avez-vous dû compléter le thermomètre de détresse lors de cet entretien ? 0 Oui 0 Non

Quel est votre degré de satisfaction quant à cette rencontre avec le psychologue du service ?
(1 étant très insatisfaisant et 5 étant très satisfaisant).

Très insatisfaisant				Très satisfaisant	
1	2	3	4	5	

2. QUESTIONS OUVERTES : PRISE EN CHARGE DU PSYCHOLOGUE DU SERVICE

Avez-vous été prise en charge par le psychologue du service ?

0 Oui : Répondre aux questions en A, ci-dessous

0 Non : Répondre aux questions en B

A. Si OUI

Quel est le nombre de consultations depuis de votre diagnostic ?

Pourquoi avez-vous entamé cette prise en charge ?

- ☐ Exprimer mes émotions
- ☐ Recevoir des informations médicales
- ☐ Etre rassuré(e)
- ☐ Parler de ma famille
- ☐ Je me sens déprimé(e)
- ☐ Je me sens anxieux(se)
- ☐ Autre(s) : spécifiez :

Quelle image avez-vous du psychologue ? 1 étant très insatisfaisant et 5 étant très satisfaisant.

Très insatisfaisant			Très satisfaisant	
1	2	3	4	5

Veuillez passer au 4. Auto-questionnaires.

B. Vous n'avez pas été pris(e) en charge par le psychologue du service, veuillez répondre à ces questions

Avez-vous été pris(e) en charge par un psychologue extérieur au service ? ☐ Oui ☐ Non

Pour quelles raisons n'avez-vous pas entamé ce suivi ?

- ☐ Ne ressent pas le besoin d'un suivi
- ☐ Déjà un suivi psychologique à l'extérieur
- ☐ Contact insatisfaisant avec le psychologue de l'hôpital
- ☐ Souhait de voir un autre psychologue à l'extérieur
- ☐ Souhait de voir un autre paramédical pour m'aider. Qui ?
- ☐ pour des raisons pratiques. Lesquelles ?
- ☐ Autre(s) : spécifiez :

Avez-vous reçu d'autres types d'aides ?

- ☐ Famille
- ☐ Amis
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin spécialiste. Lequel ?
- ☐ Infirmier
- ☐ Coordinateur de soins en oncologie (CSO)
- ☐ Groupe d'entraide
- ☐ Spiritualité
- ☐ Autre(s) : spécifiez :

4. Auto-questionnaires



OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE (ODD)

NOM :

PRENOM :

N° Admin :

N° Groupe :

DATE : _____

La **détresse** est une émotion désagréable qui diminue la qualité de vie et peut nuire au fonctionnement de la personne

1. COTE AU THERMOMÈTRE	2. LISTE DE PROBLÈMES																																																																																																																																															
Comment évaluez-vous votre détresse durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui ? SVP Encerclez un chiffre sur le thermomètre. <i>Détresse extrême</i> <i>Aucune détresse</i>	SVP cochez tous les éléments qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui. Pratique ☐ Travail/études ☐ Finances ☐ Se rendre aux rendez-vous ☐ Logement Social / familial ☐ Me sentir comme un fardeau ☐ Préoccupations envers la famille / les amis ☐ Me sentir seul(e) Émotionnel ☐ Peurs / inquiétudes ☐ Tristesse ☐ Colère/ frustration ☐ Changement d'apparence ☐ Intimité / Sexualité ☐ Perte d'intérêt face aux activités habituelles ☐ M'adapter à la maladie Spirituel ☐ Me questionner sur le sens ou le but de ma vie ☐ Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances ☐ Me questionner dans ma relation à Dieu Information ☐ Comprendre la maladie et les traitements ☐ Communiquer avec l'équipe soignante ☐ Prendre une décision face aux traitements ☐ Connaître les ressources disponibles Physique ☐ Concentration / mémoire ☐ Sommeil ☐ Poids ☐ Constipation ou diarrhée																																																																																																																																															
3. ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON (ESAS) Pour chaque item suivant, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état de santé au cours des DERNIÈRES 24 HEURES. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aucune douleur</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Pire douleur possible</td> </tr> <tr> <td>Aucune fatigue</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Pire fatigue possible</td> </tr> <tr> <td>Aucune nausée</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Pires nausées possibles</td> </tr> <tr> <td>Aucune dépression</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Pire dépression possible</td> </tr> <tr> <td>Aucune anxiété</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Pire anxiété possible</td> </tr> <tr> <td>Aucune somnolence</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Pire somnolence possible</td> </tr> <tr> <td>Très bon appétit</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Pire appétit possible</td> </tr> <tr> <td>Meilleure sensation de bien-être</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Pire sensation de bien-être possible</td> </tr> <tr> <td>Aucun essoufflement</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Pire essoufflement possible</td> </tr> <tr> <td>Autre problème</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Souhaitez-vous avoir de l'aide pour l'un des problèmes nommés ci-haut? Oui ☐ Non ☐			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Aucune douleur												Pire douleur possible	Aucune fatigue												Pire fatigue possible	Aucune nausée												Pires nausées possibles	Aucune dépression												Pire dépression possible	Aucune anxiété												Pire anxiété possible	Aucune somnolence												Pire somnolence possible	Très bon appétit												Pire appétit possible	Meilleure sensation de bien-être												Pire sensation de bien-être possible	Aucun essoufflement												Pire essoufflement possible	Autre problème												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																					
Aucune douleur												Pire douleur possible																																																																																																																																				
Aucune fatigue												Pire fatigue possible																																																																																																																																				
Aucune nausée												Pires nausées possibles																																																																																																																																				
Aucune dépression												Pire dépression possible																																																																																																																																				
Aucune anxiété												Pire anxiété possible																																																																																																																																				
Aucune somnolence												Pire somnolence possible																																																																																																																																				
Très bon appétit												Pire appétit possible																																																																																																																																				
Meilleure sensation de bien-être												Pire sensation de bien-être possible																																																																																																																																				
Aucun essoufflement												Pire essoufflement possible																																																																																																																																				
Autre problème																																																																																																																																																

Avez-vous pensé rencontrer un Psychologue ?

☐ oui ☐ non

Echelle de perception				
Lisez attentivement la consigne suivante : Sur une échelle de 1 à 10 où 1 = pas du tout et 10 = complètement, totalement, absolument à quel point pensez-vous que chacun de ces 11 groupes d'adjectifs décrivent un psychologue clinicien ? En outre, indiquez, s'il vous plaît, si vous considérez chacun de ces 11 groupes comme représentatifs de caractéristiques positives, négatives ou neutres.				
	1 à 10	Négatif	Neutre	Positif
1. Froid, indifférent, introverti, étrange		☐	☐	☐
2. Autoritaire, hostile, avide, égoïste		☐	☐	☐
3. Dédié, persistante, bien formés		☐	☐	☐
4. Serviable, attentionné, sympathique, à l'écoute		☐	☐	☐
5. Curieux, fait des sondages, un chercheur		☐	☐	☐
6. Patient, calme, maîtrise de soi		☐	☐	☐
7. Traite des problèmes de santé mentale, étudie les comportements, étudie l'esprit		☐	☐	☐
8. Riche, bien habillé, d'aspect professionnel		☐	☐	☐
9. Aime apprendre, intelligent, studieux, bien informé, liés à l'école, sage		☐	☐	☐
10. Nécessaire, sous-payés		☐	☐	☐
11. Compréhensif, comprend les gens, bien ajustés, donne des conseils		☐	☐	☐

H.A.D.S.	
Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux <u>ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler</u>. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.	
1. Je suis tendue : ☐ La plupart du temps ☐ Très souvent ☐ De temps en temps ☐ Jamais	2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : ☐ Oui, tout à fait ☐ Pas autant ☐ Un peu seulement ☐ Presque pas du tout
3. J'ai l'impression que quelque chose d'horrible va m'arriver : ☐ Oui, très nettement ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave ☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas ☐ Pas du tout	4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses : ☐ Autant que par le passé ☐ Plus autant maintenant ☐ Vraiment moins qu'avant ☐ Pas du tout

5. Je me fais du souci : ☐ Très souvent ☐ Assez souvent ☐ De temps en temps ☐ Parfois	6. Je suis de bonne humeur : ☐ Jamais ☐ Pas souvent ☐ Parfois ☐ La plupart du temps
7. Je peux rester assise et me sentir décontractée : ☐ Oui ☐ En général ☐ Pas souvent ☐ Jamais	8. J'ai l'impression de ne fonctionner qu'à vitesse réduite : ☐ Presque toujours ☐ Très souvent ☐ Parfois ☐ Pas du tout
9. J'éprouve des sentiments de peur : ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Assez souvent ☐ Très souvent	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence : ☐ 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 et n'arrive pas à tenir en place : ☐ Oui, beaucoup ☐ Assez ☐ Pas beaucoup ☐ Jamais	12. Je me promets beaucoup de plaisir de certaines choses : ☐ Autant qu'auparavant ☐ Un peu 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 à un bon livre ou à une émission radio ou de télévision : ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Peu souvent ☐ Très rarement

Merci de votre participation ...