

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À
TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

THÉRÈSE HUARD

LE SENS DONNÉ AU CANCER EN RELATION AVEC LES STRATÉGIES DE
COPING UTILISÉES

JUIN 2000

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Les études sur le coping constituent un apport pertinent pour tenter de comprendre le comportement humain à travers une grande variété de problématiques, notamment la maladie et en l'occurrence, le cancer. À cet effet, il a été démontré que lorsque confrontées à un événement stressant tel que la maladie, certaines personnes adoptent un profil de coping plus efficace que d'autres pour atténuer l'anxiété et les symptômes dépressifs suscités. Le modèle transactionnel de coping développé par Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) soutient que l'évaluation de la situation stressante représente un facteur d'influence important de ce profil de coping. Le modèle de la réaction psychosociale de la maladie (Lipowski, 1971, 1981) explique que la manière dont les gens font face à leur maladie est directement reliée à la signification personnelle qu'ils y attribuent et à l'attitude qu'ils adoptent. L'objectif principal de la présente étude consiste à vérifier si le sens donné au cancer est relié aux stratégies de coping utilisées par les personnes atteintes. Nous émettons l'hypothèse que l'utilisation de stratégies de coping différentes seront reliées à certaines catégories de sens donné au cancer. Pour réaliser cette étude, 84 personnes atteintes de cancer ont complété une traduction française du Ways of Coping Questionnaire, version adaptée au cancer de Dunkell-Schetter et al. (1992) afin de connaître leur profil de coping. La mesure de l'évaluation du cancer faite par les personnes atteintes a été obtenue par le biais des huit catégories de sens donné à la maladie selon le modèle de Lipowski (1971, 1981). Les résultats obtenus ont permis de confirmer l'existence d'un lien significatif entre le sens donné au cancer et les stratégies de coping utilisées. En effet, les sens donnés *valeur*, *perte* et *défi* sont les prédicateurs les

plus importants de l'utilisation du soutien social, de la distanciation et de la centration sur le positif.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	5
Le stress.....	6
Historique	6
Définitions	7
Facteurs prédisposant au stress.....	8
La maladie	10
Théorie de la crise et tâches inhérentes à la maladie	10
Le cancer	13
L'annonce du diagnostic.....	13
Principaux problèmes associés au cancer	13
Stades psychosociaux associés au cancer	14
Désordres psychiatriques liés au cancer	15
Facteurs d'adaptation au cancer.....	16
Stratégies de coping associées au cancer	20
Le sens donné à la maladie.....	21
Modèles d'évaluation de la maladie	21
Styles cognitifs et comportements face à la maladie.....	24
Déterminants du sens donné à la maladie	27
Catégories de sens donné à la maladie	29
Le coping.....	33
Modèles théoriques.....	33
Modèle transactionnel du coping.....	37
Déterminants du coping	39

Coping et adaptation	43
Objectifs et hypothèses de recherche	45
Méthode	47
Participants	48
Matériel	49
Procédure.....	50
Résultats.....	53
Traduction française de l'instrument WOC-CA	54
Stratégies de coping	55
Sens donné au cancer	57
Sens donné au cancer et utilisation des stratégies de coping	59
Discussion	64
Conclusion	72
Références.....	75

Liste des tableaux

Tableau

1	Moyenne des Scores d'Utilisation des Stratégies de Coping ($N = 84$).....	56
2	Intercorrélation des Stratégies de Coping ($N = 84$)	56
3	Tableau Comparatif des Catégories de Sens Donné au Cancer selon la mesure de rang et la mesure de l'importance relative.....	58
4	Corrélations entre les Variables Sens Donné au Cancer et les Stratégies de Coping Utilisées ($N = 84$).....	61
5	Analyse de Régression Multiple Hiérarchique Prédissant les Stratégies de Coping à partir de Variables de Sens Donné au Cancer après avoir contrôlé le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic (TempsDx) ($N = 84$)	62
6	Coefficients de Régression des Variables Indépendantes sur les Stratégies de Coping	63

Remerciements

L'auteur souhaite exprimer sa gratitude à sa directrice de recherche, Madame Françoise Lavallée, Ph.D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour sa disponibilité, son support et ses conseils judicieux tout au long de ce travail. L'auteur adresse aussi ses remerciements à Monsieur Jacques Baillargeon, Ph.D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières qui, à titre de co-directeur, m'a prêté sa précieuse et patiente assistance au niveau de la démarche statistique. Également, l'auteur désire remercier les personnes et les organismes qui ont prêté leur concours à l'expérimentation de cette étude.

Introduction

Tout au cours de sa vie, l'humain est confronté à une série d'événements bénins ou majeurs tel que l'arrivée d'un nouveau-né, la perte d'un emploi, la maladie, un accident, la perte d'un être cher. S'il les perçoit comme menaçantes, ces expériences peuvent impliquer des perturbations émotives et provoquer, à long terme, des effets malsains sur sa santé physique et psychique. En effet, face à la maladie, tel que le cancer par exemple, il arrive que certaines personnes éprouvent une détresse si grande croyant tout perdu à l'avance alors que d'autres gardent tout de même espoir et continuent à faire preuve de persévérance. Comment est-il possible d'expliquer que, devant l'événement stressant que représente le cancer, certaines personnes semblent connaître un dénouement plus adapté alors que d'autres démontrent davantage de résignation?

L'évaluation que la personne fait de son cancer représente l'un des facteurs permettant d'expliquer les différences d'attitudes et d'aptitudes face à la maladie. Par son modèle de la réaction psychosociale à la maladie, Lipowski (1970) prétend que la manière dont les gens font face à leur maladie est directement reliée à la signification personnelle qu'ils y attribuent et à l'attitude qu'ils adoptent.

Lazarus (1966), Lazarus et Folkman (1984a) se sont intéressés au concept de stress, notamment en regard de la manière dont les individus le gèrent. C'est ce qu'ils appellent le coping, c'est-à-dire le processus cognitif à travers lequel l'individu apprécie de quelle façon une situation particulière peut mettre en danger son bien-être et quelles sont les ressources dont il dispose pour y faire face. Le modèle transactionnel du coping développé par Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) accorde une importance particulière à la variable évaluation de la situation stressante.

Ces deux modèles théoriques, celui de la réaction psychosociale à la maladie et celui du processus de coping ont permis de démontrer que les stratégies face à la maladie sont en rapport direct avec le sens personnel attribué et avec l'attitude du malade face à elle. Ainsi, certaines stratégies de coping utilisées s'avèrent plus efficaces que d'autres au plan adaptatif, diminuant dès lors la détresse pressentie (Barkwell, 1991; Schüssler, 1992).

La mesure du sens donné à la maladie qui a prévalu au cours des recherches de Schüssler (1992) et de Barkwell (1991) présente cependant une limite importante. En effet, dans le cas de l'étude de Schüssler (1992), l'auteur s'est limité d'attribuer un sens à la maladie selon les réponses obtenues lors d'une entrevue avec les participants à l'étude. De plus, ces participants souffraient de maladies chroniques variées. Barkwell (1991), pour sa part, a considéré le premier rang d'importance accordée aux catégories de sens donné (Lipowski, 1970) à la douleur que le cancer leur occasionnait. Dans les deux cas, aucune seconde mesure du sens donné n'a été prévue pour accorder plus de poids aux résultats qualitatifs obtenus et de plus, les résultats obtenus n'étaient pas spécifiquement reliés au diagnostic de cancer. Ceci a pour conséquence de réduire l'étanchéité des conclusions tirées de ces études. En tenant compte de ces considérations, il devient intéressant de revoir ces conclusions en prévoyant une double mesure du sens donné à la maladie auprès d'un échantillon constitué uniquement de personnes atteintes de cancer. Or, s'appuyant sur la solidité du modèle de processus de coping de Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) et du modèle de la réaction psychosociale à la maladie de Lipowski (1970), est-il permis de croire que les personnes atteintes de cancer utilisent des stratégies de coping différentes? Autrement dit, selon l'évaluation perceptuelle qu'elles donnent à

leur maladie, indépendamment du type, d'un problème spécifique associé et de l'évolution du cancer, le choix de coping peut être différent.

Ainsi, l'objectif principal de cette recherche est de mesurer de manière plus rigoureuse le sens que les personnes atteintes de cancer donnent à leur maladie. Ce faisant, la présente étude vise comme second objectif d'éprouver les conclusions tirées antérieurement en vérifiant si le sens donné au cancer est relié aux stratégies de coping utilisées.

Le présent mémoire comprend, dans son premier chapitre, le contexte théorique relatif aux différentes variables à l'étude : stress, maladie, cancer, sens donné à la maladie et coping. Tout d'abord, un survol de la littérature sur le stress permettra de situer le contexte dans lequel les recherches sur le cancer ont permis d'expliquer que cette maladie constitue un stress extrême pour les personnes qui en sont atteintes. Le modèle de la réaction psychosociale à la maladie de Lipowski (1970) ainsi que le modèle de processus de coping de Lazarus & Folkman (1984a, 1984b) ont été privilégiés comme assise théorique de cette recherche afin d'examiner la relation entre le sens donné au cancer et les stratégies de coping utilisées.

Le second chapitre présente les composantes de la méthodologie utilisée pour les fins de la présente étude : soit une description des sujets ayant participé à cette recherche, une présentation des instruments de mesure utilisés et du déroulement de l'étude dans son ensemble.

Le troisième chapitre est réservé à la présentation et à l'interprétation des résultats. Finalement, la discussion et la conclusion suivent.

Contexte théorique

Le stress

Le concept de stress a soulevé et soulève encore beaucoup de questions complexes comme en témoigne l'historique même du terme. Au plan théorique, plusieurs définitions se succèdent, suggérant certains facteurs prédisposants que sont l'exposition à une multitude d'exigences et les conflits de rôles.

Historique

Un examen historique des recherches sur le stress démontre que plusieurs étapes ont contribué à sa conception actuelle. L'origine de l'utilisation du terme stress remonte aussi loin qu'au 14^{ième} siècle pour désigner les épreuves, les situations difficiles, l'adversité ou la détresse.

À partir du 17^{ième} siècle, mais plus particulièrement au début du 19^{ième}, le terme s'utilise dans le contexte des sciences physiques, dans un rapport de charge, stress et tension. Peu à peu, le monde médical le récupère et le perçoit comme étant à la base de la maladie et de la santé. L'avènement des publications de Selye (1936, 1956, 1964, 1967, 1971) provoque ensuite l'élargissement du concept, allant de la physiologie à la psychologie et à d'autres sciences du comportement.

L'apport de Selye à l'évolution du terme se résume en la signification technique qu'il lui attribue, se traduisant par l'orchestration d'un ensemble de défenses corporelles contre toute forme de stimulus nocif, incluant la menace psychologique, appelé le syndrome d'adaptation. Par opposition à ce patron de réponses physiologiques du corps, Wolff (1953) nuance cette conception du stress en y prêtant une connotation d'état dynamique.

Cette dimension dynamique du stress implique une adaptation face à des exigences. Par cette approche dynamique du stress, Wolff offre de nouvelles perspectives de compréhension du concept parce que référant à l'engagement d'efforts adaptatifs cruciaux pour le maintien ou la restauration de l'équilibre.

Ces nouvelles perspectives de compréhension commencent à se manifester avec la seconde guerre mondiale (1945-1949) et la guerre du Vietnam (1969). Les recherches qui s'en suivent ont un effet considérable sur la théorie portant sur le stress et contribuent à différentes définitions du concept (Lennard, 1996).

Définitions

D'abord, le terme stress se décrit comme une force externe exercée sur un objet physique se traduisant par une tension permanente ou temporaire sur la structure de cet objet. Ensuite, au sens physiologique tout comme au sens psychologique, le terme a été repris pour désigner le stimulus qui a pour effet de générer une tension chez l'individu. En regard de l'homéostasie, le stress se traduit comme étant la réaction à un stimulus nocif qui l'affecte et qui déclenche le système d'équilibration. En considérant le rôle important des facteurs de personnalité, la définition du terme inclut la notion de transactions entre l'individu et les situations environnementales. Devant l'engouement scientifique dévolu au concept, le stress devient un phénomène universel résultant d'expériences intenses, affligeantes et qui semblent influencer le comportement. (Lazarus, 1966, Lazarus & Folkman 1984a). Aujourd'hui, les réactions dites stéréotypées

de l'organisme soumis à toutes sortes de tension, de défi et d'exigences, définissent également le stress (Lennard, 1996).

Facteurs prédisposant au stress

Les différentes définitions portent à croire que deux principaux facteurs sont susceptibles de causer le stress. Le premier facteur concerne l'exposition à une multitude d'exigences. Par exemple, le stress survient lorsque la relation est inadéquate entre les besoins ressentis et la capacité de l'individu d'y répondre d'une part et ce que l'environnement offre par rapport à ce qu'il exige. Les conflits de rôle constituent le deuxième facteur. En cumulant plusieurs rôles (conjoint ou conjointes, parents et enfants, frères et sœurs, amis, patrons, collègues et employés), les occasions de conflits sont multiples. Lorsque l'individu est incapable d'exercer un certain contrôle face à ces facteurs de causalité, des réactions émotionnelles, comportementales et physiologiques en découlent (Lennard, 1996).

Les réactions émotionnelles, appelées stress psychologique, qui peuvent toucher l'individu sont habituellement l'anxiété, la dépression, l'inconfort, l'apathie et l'hypochondrie. De fait, devant l'absence de contrôle sur ce qui arrive, combiné à une exposition excessive d'exigences, de besoins insatisfaits et de conflits de rôle, la plupart des gens éprouvent de la dysphorie, c'est-à-dire, un état de malaise difficile à supporter (Lennard, 1996). De même, les fonctions cognitives se retrouvent parfois altérées. En fait, l'individu sous stress peut, par exemple, présenter une discordance entre l'interprétation qu'il fait de sa situation stressante et des circonstances réelles. Des

pensées et un jugement erronés peuvent s'installer et affecter ses stratégies de résolution de problèmes et d'adaptation sociale (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b).

Ensuite, des réactions comportementales peuvent se manifester. Par exemple, certaines personnes commencent à fumer ou à manger de façon démesurée. D'autres se réconfortent en consommant des boissons alcoolisées ou en prenant des risques. En certaines circonstances, des comportements agressifs, violents se manifestent. Certaines personnes se suicident ou envisagent de le faire. Plusieurs de ces réactions peuvent conduire à la maladie ou encore à une mort prématurée (Lennard, 1996).

Enfin, les réactions physiologiques, nommé stress physiologique, sont également présentes lors d'un stress. À titre d'exemple, une augmentation de la pression artérielle, une accentuation ou une irrégularité des battements cardiaques, des tensions musculaires au cou, à la tête ou aux épaules se manifestent. Si elles se prolongent indûment, ces réactions physiologiques peuvent évoluer vers des problèmes d'hypertension ou même des problèmes cardiaques (Lennard, 1996).

Certaines conditions sont cependant nécessaires à l'apparition des réactions citées précédemment. Ces conditions réfèrent aux valeurs et aux buts de l'individu qui se retrouve menacés ou pire, perturbés. De plus, le niveau de sévérité de la menace ou de la perte semble proportionnel au niveau de sévérité de la réaction. Pour éprouver un stress psychologique, la personne qui le subit doit percevoir que cette relation stressante avec l'environnement porte atteinte à son bien-être, la menace ou lui offre la possibilité d'un gain (un défi). Si aucune atteinte au bien-être n'est pressentie, aucune menace ou gain ne sont perçus, il n'y a pas de stress psychologique. La différence entre le stress

psychologique, le stress social et le stress physiologique réside dans un état de pensée qui conduit à une interprétation de la relation avec l'environnement (Lazarus, 1966, Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b).

En somme, dans la plupart des cas, la maladie représente pour l'individu, parfois de façon simultanée, un stress physiologique, un stress psychologique et un stress social. L'expérience de ces stress lors d'une maladie constitue un point tournant dans la vie du malade pouvant même se comparer à un état de crise.

La maladie

Moos et Schaeffer (1984, 1993) se sont intéressés à la maladie selon la théorie de la crise en s'attardant aux principales tâches auxquelles la personne malade est confrontée.

Théorie de la crise et tâches inhérentes à la maladie

Cette théorie traite de l'impact de la discontinuité du style de vie de l'individu, provoqué par sa maladie et qui affecte son identité personnelle et sociale. Ce concept de crise est comparable au besoin d'homéostasie physiologique décrit par Selye (1956) voulant que les individus aient besoin d'un équilibre psychologique et social.

En effet, la maladie physique est toujours troublante par rapport au mode de vie habituel car elle peut se prolonger sur une longue période de temps et parfois même impliquer des changements permanents. Elle éprouve alors les habiletés de l'individu à affronter les tâches inhérentes au stressor qu'elle représente. Ces tâches sont, d'une part, spécifiques à la maladie et d'autre part, générales à toutes autres crises.

Les tâches liées à la maladie sont regroupées en sept catégories. La première catégorie implique pour le malade de gérer à la fois l'inconfort subi, ses incapacités et les autres symptômes associés à sa maladie. Dans cette catégorie se retrouvent, par exemple, la douleur, la faiblesse, les étourdissements, l'impression de suffoquer, etc.

Le stress relié aux procédures de traitement et à l'environnement hospitalier constitue la deuxième catégorie de tâches liées à la maladie physique. La sophistication croissante en matière de technologie médicale représente pour les malades d'autres problèmes. À titre d'exemple, des effets secondaires sont attribuables aux chirurgies spécialisées comme la mastectomie, la colostomie, la transplantation d'organes. De la même manière, certaines unités de soins, en l'occurrence les soins intensifs, les salles d'hémodialyse, sont en soi stressantes pour la personne qui les nécessite.

En troisième catégorie, le développement et le maintien de bonnes relations avec le personnel médical et les autres soignants représentent un stress non négligeable. Ce stress est attribuable aux multiples questions que le malade se pose tout en se demandant à quel intervenant il est préférable de les adresser, vu le grand nombre de personnes affecté à ses soins.

La maladie suscite l'émergence d'émotions troublantes. Préserver un certain équilibre émotif exige un effort soutenu et constitue la quatrième catégorie de tâches pour la personne atteinte. Les sentiments de défaite, de culpabilité, d'insécurité face au dénouement de la maladie ainsi que l'isolement font partie de la diversité des émotions ressenties. Même dans l'adversité, l'individu cherche à conserver l'espoir de recouvrer sa santé.

En cinquième lieu, des tâches consistant à protéger une image de soi satisfaisante ainsi qu'un sentiment de compétence et de maîtrise de la situation s'avèrent ardues. La difficulté ici est souvent attribuable aux modifications physiques en terme d'apparence ou de fonctionnement. Par exemple, un état de faiblesse qui dure ou encore une cicatrice permanente oblige une révision personnelle des critères d'une image de soi positive. De la même manière, ajuster son niveau d'autonomie en fonction de son besoin d'aide pose un sérieux dilemme au malade.

Un sixième aspect concerne les relations avec la famille et les amis. L'hospitalisation oblige parfois une séparation plus ou moins longue du réseau social. Cette hospitalisation confère également l'étiquette de malade ou de mourant à l'individu. Demander et accepter du réconfort et du soutien de ses proches dans ces conditions, représentent souvent une tâche difficile pour plusieurs personnes.

La septième et dernière catégorie de tâches liées à la maladie consiste à se préparer à un avenir incertain. À titre d'exemple, perdre la vision, la parole, un membre ou un organe important, représente un deuil pour la personne concernée. Face à cette nouvelle réalité, elle veut croire qu'un jour elle sera à nouveau fonctionnelle.

Devant cet événement troublant que représente la maladie, l'individu active des mécanismes de résolution de problèmes jusqu'à ce qu'il retrouve son équilibre. Généralement, l'état de crise est circonscrit dans le temps puisque l'individu ne peut tolérer longtemps cet état de déséquilibre extrême. Ses efforts de rétablissement d'un équilibre relatif se font en quelques jours ou quelques semaines. Ce nouvel état d'équilibre peut représenter une adaptation saine, promouvant ainsi la croissance et la

maturité de l'individu ou encore, représenter une réponse inadaptée présageant d'une détérioration psychologique et d'un déclin. Ainsi, l'état de crise peut être vu comme une transition, un point tournant, susceptible d'avoir des implications à long terme sur les habiletés adaptatives futures de l'individu.

En accord avec cette théorie de la crise, les résultats de plusieurs recherches (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992; Snyder, 1989; Weisman, 1979) démontrent que la maladie, en l'occurrence le cancer, constitue un stress extrême pour les personnes qui en sont atteintes.

Le cancer

L'annonce même d'un diagnostic de cancer, les problèmes spécifiques associés au cancer, de même que les différentes réactions qu'il suscite, parfois accompagnés de désordres psychiatriques, sont responsables du stress extrême qu'il représente. Les facteurs d'adaptation et les différentes stratégies de coping susceptibles d'aider sont cependant à considérer.

L'annonce du diagnostic

Selon Snyder (1989), au plan individuel, l'annonce d'un diagnostic de cancer et les exigences qui s'ensuivent pour l'individu appellent une réponse émotionnelle intense. Les procédés médicaux, de diagnostic et de traitement, bien que de plus en plus performants, demeurent stressants et génèrent chez la personne atteinte de lourds impacts tant physiologiques, psychologiques que sociaux.

Principaux problèmes associés au cancer

Suite à une étude menée auprès de 603 personnes atteintes de cancer, Dunkel-Schetter et al. (1992) ont pu cerner que les problèmes les plus stressants reliés au cancer concernent 1) la peur ou l'incertitude face à l'avenir; 2) la diminution des capacités physiques, la modification de l'apparence physique, le changement des habitudes de vie; 3) la douleur, les symptômes et l'inconfort attribuables à la maladie ou à ses traitements; et 4) la difficulté dans les relations familiales ou amicales due au cancer.

Stades psychosociaux associés au cancer

Par ailleurs, Weisman (1979) décrit un modèle de trois stades psychosociaux associés au cancer en terme de problèmes subis et d'inquiétudes appréhendées. Ces trois stades sont la crise existentielle, la phase des compromis et de l'atténuation de la détresse et celle de la détérioration et du déclin.

La première phase, la crise existentielle, s'amorce au moment, et parfois avant même, la confirmation du diagnostic. Cette crise existentielle se traduit par une détresse qui peut être immédiate ou qui se prolonge jusqu'à la convalescence. Dans le premier cas, la détresse suit l'annonce du diagnostic. Dans le second cas, l'anticipation des exigences à venir entretient la détresse pressentie. Cette phase se manifeste par de l'anxiété contenue, suivie de tristesse et d'une diminution des intérêts habituels.

Vient ensuite, dans un deuxième temps, la phase des compromis et de l'atténuation de la détresse. Cette étape commence avec le retour d'une certaine routine sans considération pour les soucis psychosociaux secondaires à la maladie. Cette phase serait une période de relative tranquillité. À ce moment, si une rechute survient, l'individu fait

face à une seconde crise existentielle où il lui est difficile d'être optimiste, considérant que les premiers traitements ont échoué.

Enfin, c'est la phase de détérioration et de déclin qui s'amorce de façon insidieuse ou abrupte. Les traitements, dès lors, sont considérés comme étant palliatifs plutôt que curatifs.

Désordres psychiatriques liés au cancer

Considérant l'ampleur des demandes d'ajustement relatives au cancer, certaines recherches (Carroll, Katholl, Noyes, et al., 1993; Massie & Holland, 1990; McCabe, 1991) se sont particulièrement penchées sur les désordres psychiatriques que peut engendrer une mésadaptation chez les personnes atteintes. Cette mésadaptation peut se traduire par des troubles de l'humeur tel que des symptômes dépressifs et anxieux.

Par exemple, l'étude de Carroll, Katholl, Noyes, et al. (1993) auprès de 800 patients cancéreux démontre que 17.7% d'entre eux présentaient des troubles anxieux et 9,9% des troubles dépressifs selon les critères du DSM III-R.

Massie et Holland (1990) ont pour leur part rapporté des chiffres plus élevés encore. Vingt-cinq pour cent des patients hospitalisés pour cancer présentent un état dépressif majeur ou des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive.

McCabe (1991) suggère que 40% à 60% de la détresse émotionnelle, incluant la dépression majeure vécue par les personnes atteintes de cancer, résulte des traitements plutôt que de la pathophysiologie de la maladie.

Ces quelques données statistiques suggèrent l'importance de s'occuper rapidement de ces gens. En effet, ces désordres mentaux sont considérés traitables moyennant un

dépistage précoce et la mise en place d'approches cliniques adéquates (Razavi & Stiefel, 1994).

Facteurs d'adaptation au cancer

Par ailleurs, certaines études se sont concentrées plus spécifiquement sur les facteurs d'adaptation et les stratégies de coping associés au cancer (Compass & Harding, 1998; Dunkel-Schetter et al., 1992).

Par leur étude portant sur la compétence à travers les étapes de vie, Compass et Harding (1998) s'intéressent au cancer chez les enfants, les adultes et les personnes âgées. Quatre facteurs généraux d'adaptation au cancer chez les adultes ressortent de cette étude. Ces facteurs peuvent représenter le profil de compétence de cette population face à un stress sévère.

Or, la première catégorie d'adaptation au cancer identifiée par Compass et Harding (1998) comprend les caractéristiques socio-démographiques de l'individu ainsi que les caractéristiques de la maladie. Également démontré par d'autres auteurs (Schag, Ganz, Polinsky, Fred, Hirji, & Peteresen, 1993; Stoll, Oppedisano, Epping-Jordan, Harding, Compass, & Krag, 1997; Vinokur, Threath, Vinokur-Kaplan, & Satariano, 1990), l'âge, le niveau d'instruction, les considérations économiques, le degré de sévérité de la maladie, le niveau d'incapacité physique et l'ampleur de l'intervention chirurgicale démontrent une corrélation avec la détresse des personnes atteintes de cancer.

De manière plus spécifique, les plus jeunes et ceux ayant un niveau d'instruction plus bas éprouvent une plus grande détresse émotionnelle. Et plus particulièrement encore, l'âge peut représenter un risque élevé de détresse chez les jeunes femmes atteintes d'un

cancer du sein parce que la maladie est plus inattendue, parce que certaines tâches développementales sont souvent interrompues (début de carrière, désir d'enfanter, éducation des enfants) et parce que le soutien des pairs est plus restreint. Par ailleurs, la détresse de celles ayant un niveau plus bas d'instruction s'explique par le fait qu'elles éprouvent plus de difficultés à comprendre la complexité de l'information reliée au diagnostic et à son traitement. Cependant, Compass et Harding (1998) précisent que plus l'expression et la ventilation des émotions sont utilisées peu de temps après l'annonce du diagnostic, moins grande est cette dernière corrélation. La corrélation de la détresse avec le niveau d'instruction est également moins grande si l'évitement est utilisé comme coping. À partir de ces résultats, Schag et al. (1993); Stoll et al. (1997); Vinokur et al. (1990), suggèrent que les femmes ayant un plus bas niveau d'instruction n'ont pas les ressources ou l'expérience pour utiliser une forme plus active d'engagement ou d'approche comme moyens de coping.

En second lieu, Compass et Harding (1998) affirment que les ressources adaptatives de l'individu, que sont l'optimisme et le réseau naturel de soutien, sont reliées à une meilleure adaptation physique et psychologique au cancer du sein. En effet, certaines études (Carver, Pozo, Harris, S. D.; Noriega, Schier, Robinson, Ketcham, Moffat, & Clark, 1993; Epping-Jordan; Compass & Howell, 1994) démontrent que les personnes optimistes présentent moins d'anxiété et de dépression lors de l'annonce du diagnostic, de même qu'au cours de l'année qui suit. Dans ces études, l'optimisme est représenté par des croyances positives à l'égard du dénouement du cancer, diminuant ainsi l'anxiété et la dépression tout en permettant la mobilisation d'efforts de coping orientés sur le

problème. Ces études révèlent également qu'un niveau élevé de perception d'un réseau de soutien disponible parmi les amis et les parents, se manifeste par une plus grande estime de soi, par une détresse émotionnelle moindre et par un dénouement médical plus positif. De plus, le type de coping utilisé de même que la source du soutien social obtenu agissent comme médiateurs sur l'adaptation physique et psychologique.

Les pensées intrusives ainsi que l'évitement de ces pensées intrusives représentent la troisième catégorie de facteurs d'adaptation au cancer chez les adultes, tel que Compass et Harding le spécifient. Selon Epping-Jordan, Compass et Howell (1994), les pensées intrusives se définissent comme étant des images et des pensées négatives et incontrôlables à propos d'un stressor. Ces auteurs soutiennent que l'évitement de ces pensées intrusives est représenté par les efforts cognitifs et comportementaux pour supprimer et pour éviter le rappel de ce stressor. Les pensées intrusives présentent alors une forte corrélation avec des symptômes d'anxiété et de dépression. En contraste, l'évitement de ces pensées intrusives ou de tout ce qui peut rappeler le stressor est encore plus fortement corrélé à un moins bon dénouement de la maladie. Pour Baum, Cohen et Hill (1993), ces pensées intrusives représentent une sorte de répétition de l'exposition cognitive au stressor.

Finalement, Compass et Harding (1998) ont identifié le choix d'une stratégie de coping comme étant un facteur important d'adaptation au cancer chez les adultes atteints. En général, les profils de coping qui impliquent l'évitement cognitif et comportemental de la maladie ainsi que l'évitement des pensées et des émotions négatives associées, sont reliés à une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs (Carver et al., 1993;

Dunkel-Schetter et al., 1992; Epping-Jordan et al., 1997; Nelson, Friedman, Baer, Lane, & Smith, 1994; Osowiecki & Compass, 1998; Stanton & Snyder, 1993).

Par exemple, Stanton et Snyder (1993) observent que les femmes qui utilisent davantage l'évitement cognitif avant une biopsie manifestent plus de détresse lors de l'annonce du diagnostic. Par ailleurs, Carver et al. (1993) constatent qu'une attitude optimiste est reliée à plus d'acceptation, à plus d'humour, à moins de déni et à moins de désengagement comportemental. L'utilisation de l'acceptation et de l'humour comme moyens de coping est reliée à moins de détresse psychologique par opposition au déni et au désengagement comportemental.

Compass et Harding (1998) concluent alors que ce modèle d'adaptation suggère l'importance de considérer les effets interactifs des différents facteurs d'adaptation au cancer. En effet, les différents moyens de coping peuvent varier dans leur efficacité selon les facteurs contextuels et l'évaluation cognitive présente. Ainsi, la détresse émotionnelle est moindre si des stratégies de coping centrées sur le problème sont associées au contrôle des croyances. Le processus de coping doit être considéré dans le contexte de la perception de contrôle sur le cancer de l'individu. Celui qui se considère capable de contrôler ou du moins influencer le cours de sa maladie a le plus de chance d'utiliser efficacement des stratégies de coping centrées sur le problème.

Pour leur part et dans le même ordre d'idée, par leur étude auprès de 603 personnes atteintes de cancer, Dunkel-Schetter et al. (1992), ont pu regrouper en quatre les facteurs d'adaptation liés au cancer. Cette étude a démontré que les variables personnelles et environnementales, les variables liées à l'évaluation du cancer, celles associées à la condition médicale et à la détresse émotionnelle constituent les principaux prédicteurs d'adaptation au cancer.

Stratégies de coping associées au cancer

Au cours de leur étude, Dunkell-Schetter et al. (1992) administrent une adaptation du Ways of Coping Inventory (WOC) produit par Lazarus et Folkman (1984a, 1984b). L'utilisation de cette mesure permet d'identifier cinq catégories de stratégies de coping. La première catégorie consiste en la recherche ou l'utilisation du soutien social. La deuxième concerne la centration sur le positif, c'est-à-dire les efforts pour donner une interprétation positive à l'événement. Les efforts cognitifs pour se détacher et pour minimiser la signification de l'événement s'appellent la distanciation et constituent la troisième catégorie de stratégies de coping utilisées. Et enfin, l'évitement cognitif, l'évitement comportemental représentent les quatrième et cinquième catégories de stratégies de coping. Bien qu'elles soient les premières stratégies de coping à être identifiées auprès d'un large échantillon hétérogène, les auteurs soutiennent qu'elles s'avèrent similaires à celles identifiées antérieurement auprès d'échantillons plus restreints de personnes atteintes de cancer et auprès d'échantillons plus grands de résidents de la communauté vivant une variété d'expériences de vie stressantes.

Bref, le cancer présente suffisamment de problèmes et d'inquiétudes pour la personne atteinte pour mériter d'être qualifié de stress extrême, souvent même chronique. Un certain nombre de facteurs prédisposent l'individu à un profil de coping plutôt qu'à un autre afin de gérer cet événement stressant.

Le sens donné à la maladie

Afin d'expliquer les conséquences physiologiques, psychologiques et sociales de la maladie, quelques recherches (Carver et al., 1993; Greer, 1991) démontrent que l'impuissance et le pessimisme ont un impact significatif sur la santé mentale et physique de l'individu. Par exemple, l'impuissance et le pessimisme agissent sur le choix, l'initiation, la performance et la persévérance des stratégies de coping. Ce ne sont alors pas tant les moyens de coping comme tel qui offrent une protection significative contre la détresse psychologique ou l'évolution de la maladie mais plutôt les facteurs de type évaluatif (Parle & Maguire, 1995). Ainsi, parmi les facteurs prédisposant l'individu à gérer sa maladie d'une manière plutôt qu'une autre, se retrouve l'évaluation que la personne fait de ce stress. Différents modèles d'évaluation de la maladie ainsi que certains styles cognitifs et de comportements face à la maladie expliquent les attitudes variées rencontrées chez les malades. L'évaluation du sens que prend la maladie s'exerce selon certains déterminants. Huit catégories de sens donné à la maladie permettent d'illustrer cette variable perceptuelle.

Modèles d'évaluation de la maladie

La recension des écrits (Heijmans, 1999; Lipowski, 1970; Turk, Rudy & Salovey, 1986) permet de relever quatre principaux modèles ayant été développés pour examiner la variable évaluation impliquée chez les personnes malades : le modèle de l'auto-régulation; le modèle des croyances relatives à la maladie, le modèle implicite de la maladie et le modèle de la réaction psychosociale à la maladie.

Selon le modèle de l'auto-régulation, les malades créent leur propre modèle de représentation de leur maladie, lequel guide leurs comportements de coping. Ces comportements de coping influencent à leur tour leur adaptabilité au plan du fonctionnement psycho-social et par conséquent, leur qualité de vie. Ce modèle de l'auto-régulation regroupe cinq dimensions cognitives majeures. L'identité représente la première dimension et elle réfère à l'étiquette donnée par les autres à propos d'une maladie et des symptômes qui lui sont associés. L'étiquette représente la malignité abstraite de la maladie de même que ses symptômes concrets. Elle reflète, outre l'expérience personnelle, les messages des médias de communications, les définitions culturelles et les informations provenant des réseaux informels de soutien; le sida en est un exemple. Le processus de coping utilisé pour faire face à différentes menaces produites par une source de stress psychologique complexe, tel que le cancer par exemple, varie selon les diverses significations des exigences et des adaptations que représentent les menaces perçues. Ensuite, la durée de la maladie fait référence à l'évolution reconnue de cette maladie. Les causes ou les croyances entretenues à l'égard des facteurs responsables de son apparition constituent la troisième dimension cognitive. En quatrième lieu, c'est le contrôle et la guérison, c'est-à-dire les croyances relatives à la capacité de contrôle sur la maladie et les chances de guérison. Et enfin, ce sont les conséquences attendues ou imaginées de la maladie (Heijmans, 1999).

D'autre part, le modèle des croyances relatives à la maladie comprend quatre composantes perceptuelles. En premier lieu, c'est la perception de la gravité des symptômes et de la maladie. Ensuite, vient la perception de la vulnérabilité à la maladie

ou de ses conséquences. La perception d'habitudes de vie favorables à la santé ou la perception d'alternatives de traitements représente la troisième composante perceptuelle. Enfin, la perception des coûts ou des limites d'accès aux traitements ou au maintien de sa santé complète cet inventaire des croyances relatives. Les études réalisées à partir de ce modèle des croyances relatives à la santé ne s'avèrent cependant pas suffisamment concluantes (Turk et al., 1986).

Par ailleurs, la reconnaissance de la présence de perturbations physiologiques est examinée en fonction d'un modèle implicite de la maladie. Dans ce cas, les individus semblent évaluer leur condition selon qu'une sensation particulière est comparable à une autre sensation éprouvée antérieurement. C'est alors le symptôme d'un désordre physiologique requérant une attention médicale selon un modèle implicite préexistant de la maladie. (Turk et al. 1986).

Finalement, le modèle de la réaction psychosociale de la maladie (Lipowski, 1970, 1971) intéresse certains chercheurs (Barkwell, 1991; Schüssler, 1992) afin de démontrer l'importance de la variable évaluation chez les personnes aux prises avec une maladie. Selon Lipowski (1970, 1971), la manière dont les gens font face à leur maladie est directement reliée à la signification personnelle qu'ils y attribuent et à l'attitude qu'ils adoptent en regard de leur maladie. La maladie physique présente une forme de stress psychologique contenant une menace de souffrance et de perte. L'auteur ajoute que la maladie fait également surgir tout un ensemble de tâches adaptatives à accomplir, de défis à relever et de buts à atteindre. Ainsi, en plus d'imposer des tâches dont il faut venir à bout, elle altère d'une certaine façon la capacité du sujet à répondre aux exigences de la

vie et à poursuivre ses propres buts. Obtenir un succès à ces égards peut aboutir à une maturation psychologique étant donné que la source première de ce stress psychologique réside à l'intérieur des frontières corporelles de l'individu. Dans ces conditions, Lipowski (1971, p.237) définit la notion de « faire face » à la maladie comme ceci :

... « faire face » à la maladie englobe toutes les activités cognitives et motrices par lesquelles un individu malade s'emploie à préserver son intégrité corporelle ou mentale, à récupérer une fonction altérée de façon réversible et à compenser dans les limites du possible toute altération irréversible.

Styles cognitifs et comportements face à la maladie

Plusieurs catégories de styles cognitifs et de comportements face à la maladie ont été tirées de l'expérience clinique (Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b; Lipowski, 1971). Selon Lipowski (1971), ces styles d'attitudes face à la maladie indiquent que les individus ont tendance à manifester leurs modes de percevoir, de penser, de résoudre les problèmes et d'agir quand ils souffrent d'une maladie organique. Par exemple, la minimisation et la polarisation vigilante sont de l'ordre des styles cognitifs, alors que l'attaque, la capitulation et l'évitement représentent des comportements face à la maladie. Plus spécifiquement, la minimisation est caractérisée par une tendance à ignorer, à dénier ou à rationaliser l'importance personnelle de l'information reçue concernant la maladie et ses conséquences. Quant à la polarisation vigilante, ce style réfère à une réaction très vive aux signaux de danger perçus et à des tentatives acharnées pour réduire la marge d'incertitude et d'ambiguïté inhérente aux aspects de la maladie. Les malades qui utilisent ce style sont à l'affût de toute information concernant leur maladie susceptible de donner un sens à ce qu'ils vivent. À ce moment, le malade peut passer d'une

hypervigilance ou à une exagération excessive des menaces pesant sur l'intégrité corporelle à une reconnaissance réaliste des menaces et des tâches découlant de la maladie, de même que des dispositions à prendre.

Par ailleurs, les modes d'action qui sont habituels à différents individus réfèrent aux tendances actives prédominantes chez l'individu. Ils peuvent être affectés par l'état psychologique du malade à ce moment-là et à d'autres facteurs tenant à la situation. Ainsi, l'attaque est la disposition de l'individu à adopter une attitude active face aux défis et aux tâches que représente la maladie: soit que l'individu cherche à combattre à tout prix la maladie ou soit qu'il porte une action modulée en fonction d'une guérison rapide. D'autre part, la capitulation se caractérise par la passivité et le repli sur soi en face de la maladie ou à l'opposé par un attachement à autrui, de l'ordre de la dépendance. Dans ce cas, les individus ont peu d'initiative pour lutter contre la maladie. Enfin, l'évitement indique les tentatives actives du malade pour échapper à la situation critique que cause sa maladie.

Par ailleurs et dans le même ordre d'idée, Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) affirment que la réaction de l'individu face à une relation stressante avec l'environnement est fonction de trois types d'évaluation cognitive : dommage, menace et défi. Cela étant, chacun de ces types d'évaluation influence le mode de coping de la personne.

La notion de dommage (incluant perte) comprend le dommage déjà subi alors que la menace représente le dommage potentiel. Ce dommage au bien-être de l'individu peut être temporaire, de longue durée ou permanent. C'est alors que le coping intervient soit pour surmonter le dommage ou la perte subie, soit pour prévenir une plus grande

détérioration, soit pour accepter la réalité ou encore, pour réinterpréter ce qui s'est passé. En effet, le coping face à un dommage subi, implique un retour sur ce qui s'est passé selon le type de dommage encouru et ses implications pour le futur.

Dans le cas d'une menace, la dynamique de coping est presque toujours fortement influencée par des considérations futures, c'est ce que Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) nomment le coping anticipatoire. Ainsi, une personne menacée doit s'imaginer le dommage potentiel qui peut survenir. Les auteurs expliquent que cette anticipation implique une évaluation de ce qui va advenir, du moment et de la gravité. Cette anticipation implique également une évaluation des possibilités de prévenir, de survivre ou de tolérer le dommage ainsi qu'une évaluation des chances de récupération. Comme toutes ces informations sont souvent absentes ou incomplètes, l'individu doit composer avec un haut niveau d'ambiguïté et d'incertitude. Ici, la vigilance, c'est-à-dire la recherche attentive d'informations à propos du danger perçu, est particulièrement importante. De plus, elle est influencée par les expériences passées de l'individu, celles-ci donnant des indices sur sa façon de réagir dans le moment présent.

Le défi, pour sa part, signifie le gain potentiel à obtenir dans des conditions difficiles. Comme la menace, il est également orienté sur le futur où l'attention et les attentes sont portées sur ce qui peut être gagné plutôt que sur ce qui peut être perdu. L'élément le plus important du coping face à un défi est la perspective positive et enthousiaste de l'individu devant l'événement stressant.

Bref, le coping ne dépend pas seulement de la situation passée, présente ou future mais aussi de la manière dont elle est approchée, c'est-à-dire avec un sens de défi ou avec un sens de menace.

Déterminants du sens donné à la maladie

Quatre types de déterminants du sens donné à la maladie sont examinés par Lipowski (1971, 1981). Ces déterminants sont intrapersonnels, interpersonnels, pathologiques et enfin, socio-culturels et économiques.

Les déterminants de type intrapersonnels comprennent les caractéristiques psychobiologiques de l'individu. Ainsi, la personnalité, l'intelligence, les aptitudes, les valeurs, les croyances, les capacités cognitives, l'histoire de vie et l'état émotionnel de l'individu au moment de l'apparition de la maladie font partie de ce groupe de déterminants.

Les déterminants interpersonnels réfèrent à la qualité des relations interpersonnelles au moment de l'apparition de la maladie de même qu'au cours de celle-ci. Cette qualité des relations interpersonnelles tend à affecter la signification que la personne malade a de sa maladie. Ceci est relié à l'importance attribuée à la présence d'un soutien social adéquat comme mesure de protection contre le stress induit par la maladie, pouvant encourager l'utilisation de moyens de coping plus adaptatifs. Un tel soutien social aide à développer un sens de défi face à la maladie. Dans le cas contraire, un sens de perte et de punition serait favorisé. Également, lors d'un deuil, la maladie est plus susceptible d'apparaître et son cours est influencé par les liens interpersonnels quotidiens du malade. Plus grande est la dislocation de ces liens, plus forte est la propension du malade à la dépression et à l'abandon à la maladie.

Le troisième groupe de déterminants du sens donné à la maladie comprend les facteurs pathologiques eux-mêmes. Ainsi, la nature, le site et l'étendue de l'affection ainsi que la sorte et le degré de dysfonction causée par la maladie exercent une influence sur la perception de la personne atteinte. Ces facteurs influencent l'ampleur et la nature des tâches imposées par la maladie ainsi que le sens de celle-ci pour le malade, au plan conscient tout comme au plan inconscient. Plus l'organe atteint ou la fonction altérée mettent en jeu les valeurs, les conflits et les sources de satisfaction de l'individu, plus ses ressources pour y faire face sont sollicitées. Lipowski (1971, 1981) explique que la valeur subjective d'un organe ou d'une fonction biologique repose sur quatre considérations : elle constitue pour la personne une importante source d'estime de soi, l'aide à entretenir des relations satisfaisantes, réduit l'intensité des conflits intrapsychiques et, rehausse son identité personnelle.

Finalement, les facteurs socioculturels et économiques tendent à influencer le sens donné à la maladie. Les croyances et les attitudes à l'égard d'une affection particulière peuvent amener la personne malade à se faire une opinion plutôt négative de sa maladie. Par exemple, les maladies cardiaques et le cancer sont parfois considérés dans la croyance populaire comme étant des maladies qui découlent d'un style de personnalité ou encore de mauvaises habitudes de vie. L'individu atteint peut éprouver de la culpabilité et des symptômes dépressifs, considérant que sa maladie est un signe de sa faiblesse morale (Lipowski, 1981).

Catégories de sens donné à la maladie

De manière plus détaillée, Lipowski (1970, 1971) identifie huit grandes catégories de sens donné à une maladie : défi, ennemie, punition, défaite, répit, façon de s'adapter, perte et valeur.

La maladie peut être perçue comme un *défi* comparable à toute autre situation de vie imposant des exigences spécifiques et impliquant certaines tâches à maîtriser en ayant recours à différentes ressources disponibles. Dans ce cas, les attitudes et les stratégies de coping utilisées tendent à être flexibles et rationnelles. Par exemple, ici le malade demande en temps utile un avis médical, coopère, cherche à s'informer, module son activité de façon rationnelle et trouve des satisfactions substitutives. Lipowski (1970, 1971) considère le *défi* comme étant le plus adaptatif.

L'individu peut se sentir envahi par des forces internes ou externes s'il perçoit la maladie comme une *ennemie*. Il ressent alors beaucoup d'anxiété, de peur ou de colère l'incitant soit à s'enfuir, à se battre ou à abandonner selon l'évaluation de sa capacité à résister. Face à la maladie, l'individu cherche à se défendre contre un danger ou une attaque.

Lorsque perçue comme étant une *punition*, l'individu peut considérer sa maladie comme étant juste ou injuste, comme occasion de réparation ou de rachat appelant des réponses telles que l'anxiété, la dépression ou la colère, selon le cas. Si l'avènement de la maladie est considéré comme juste et fatal, l'individu peut être porté à s'abandonner alors qu'une occasion de réparation peut susciter également une démarche de croissance et

d'optimisme, le malade percevant une seconde chance. Cependant, si l'individu considère avoir été puni injustement, les symptômes dépressifs pourraient s'aggraver.

La maladie peut aussi être perçue comme une *défaite*, signifiant la perte de contrôle, ayant des effets négatifs au plan moral. Un sentiment de honte s'installe et l'individu peut chercher à fuir cette maladie en la niant.

Pour certaines personnes, la maladie représente une occasion bienvenue de prendre un *répit* des responsabilités de la vie courante, des difficultés interpersonnelles ou économiques. La maladie peut aller jusqu'à permettre à la personne d'excuser l'évitement de situations conflictuelles ou de réduire l'intensité des impulsions inavouées. Dans ce cas, le danger consiste à ce que la personne prolonge indûment son état, consciemment ou inconsciemment en faisant le malade, tel qu'en abusant, par exemple, des services médicaux comme moyen de prolonger sa condition.

La maladie peut parfois même être une *façon de s'adapter* à des relations interpersonnelles difficiles en attirant l'attention, le support et la bienveillance des autres sur soi. C'est le cas du parent qui, pour conserver près de lui son enfant, feint la maladie.

Dans certains cas, la maladie, si minime soit-elle, représente une *perte* ou un dommage irréversible susceptible d'occasionner dépression, hostilité et résistance aux soins, pouvant parfois conduire au suicide.

Il arrive enfin, que la maladie soit perçue comme une *valeur* intrinsèque profonde contribuant au développement d'une vie spirituelle plus intense et d'une vigilance accrue des valeurs esthétiques et intellectuelles. Même aveugle, sourd ou malade, Bach,

Beethoven et Proust sont cités en exemple pour avoir exploité dans ce sens leur handicap physique.

Quelques auteurs (Barkwell, 1991; Schüssler, 1992) ont exploré ce modèle de la réaction psychosociale à la maladie tel que décrit par Lipowski (1970, 1971).

Schüssler (1992) s'est pour sa part intéressé aux catégories de sens donné à la maladie de Lipowski (1970, 1971) afin de vérifier si elles sont interreliées entre elles, si elles sont reliées aux stratégies de coping utilisées ainsi qu'aux symptômes psychologiques et enfin, si elles sont prédictives de l'évolution de la maladie. Ses 205 sujets atteints d'une maladie chronique répondent, entre autres, au " Ways of coping checklist " pour recueillir les stratégies de coping utilisées. D'autre part, à partir des réponses fournies en entrevue, l'auteur attribue un sens donné à leur maladie.

L'étude de Schüssler démontre que la maladie perçue comme un *défi* est reliée au sentiment de pouvoir agir sur la situation et ainsi la percevoir comme moins menaçante, moins punitive. Lorsque la maladie est perçue comme étant une ennemie, elle est aussi perçue comme étant plus dommageable.

Schüssler observe qu'il en est de même concernant l'interaction entre le sens donné à la maladie et les stratégies de coping. La maladie perçue comme un défi et une occasion de croissance, où le lieu de contrôle est interne, est reliée aux stratégies de coping les plus favorables telles que la restructuration cognitive (valorisation, relativisation, compensation, donner un sens, optimisme, activités constructives).

Par ailleurs, une conception de la maladie en tant qu'ennemie, punition ou délivrance est reliée à des stratégies de coping émotionnelles négatives et de pensée magique. De la

même manière, le sens donné à la maladie s'avère globalement associé aux symptômes psychologiques. De plus, on remarque l'absence d'anxiété ou de dépression chez l'individu percevant sa maladie comme un défi par rapport à celui qui l'a perçoit comme une punition. Une amélioration dans l'évolution de la maladie est également observée chez plusieurs de ces personnes.

D'autre part, l'étude de Barkwell (1991) se penche sur le sens que les patients atteints de cancer portent à leur douleur. Tous les 100 sujets rencontrés demeurent à la maison mais environ la moitié bénéficient des services d'une unité palliative en externe. L'accès ou non à l'unité palliative ne montre aucune différence dans les stratégies de coping utilisées.

Dans cette étude, Barkwell (1991) observe que le sens donné à la douleur s'avère significativement relié au niveau de douleur ressenti, aux stratégies de coping utilisées et à la dépression. De manière plus spécifique, les sujets qui considèrent leur douleur comme un *défi*, démontrent une diminution importante de leur douleur, un score plus élevé de coping et un score plus bas de dépression comparativement à ceux qui y attribuent un sens de *punition* ou d'*ennemi*.

En somme, les stratégies privilégiées devant la maladie sont directement reliées au sens qu'elles prennent pour le malade et à l'attitude adoptée. Ces différents sens donnés à la maladie sont le reflet d'expériences passées, de connaissances personnelles, de l'histoire culturelle et des croyances entretenues à propos des gens atteints de maladie. Le sens donné à la maladie agit comme le noyau cognitif qui influence les réponses

émotionnelles et motivationnelles face à la maladie, d'où l'émergence des stratégies de coping (Lipowski, 1971).

Tel que vu précédemment, les recherches s'entendent pour considérer la maladie, notamment le cancer, comme une situation stressante qui nécessite des efforts d'adaptation importants. Or, devant l'éventualité de la menace que représente le cancer, un processus comportemental et psychologique est activé dans le but de réduire ou mieux, d'éliminer la menace potentielle. C'est ce que Lazarus (1966) appelle le coping.

Le coping

Selon Lazarus (1966), le coping est le processus qui intervient entre l'événement stressant et la réaction à cet événement stressant. Dans la littérature scientifique européenne, (Dantchev, 1989; Paulham, 1994), cette appellation du coping est également connue sous le nom de stratégies d'ajustement.

Modèles théoriques

Les théories générales de coping se résument en trois principaux modèles théoriques le modèle psychodynamique, le modèle des traits de personnalité et le modèle transactionnel de coping. Ces modèles se distinguent par leurs hypothèses concernant la source, le développement et l'efficacité des stratégies de coping utilisées (Aldwin et Brustrom, 1997; Lazarus, 1993; Suls, David et Harvey, 1996).

Selon ces auteurs, le premier modèle qui apparut au début du siècle, est le modèle psychodynamique. Les tenants de ce modèle conçoivent le coping comme étant des mécanismes de défense. Plus tard, Haan (1969) inclut la notion de menace extérieure comme source de conflits. Vaillant (1977) donne à ces défenses du Moi une valeur

hiérarchique, allant d'immatures à adaptatives. Ces mécanismes de défense tendent à régulariser les affects négatifs liés à des conflits internes et externes dont principalement l'anxiété.

Une deuxième conceptualisation du coping est celle le traitant sous l'angle des traits de personnalité. Ce modèle démontre que les individus ont une manière stable de traiter l'information. Par exemple, la répression-sensibilité (Byrne, 1961), le fatalisme (Wheaton, 1983), l'approche/évitement (Roth et Cohen, 1986) ou l'endurance (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982) prédisposent la personne à faire face au stress d'une certaine façon. À partir de ces caractéristiques, Amirkhan (1990) et Endler et Parker (1990) estiment que les individus adoptent une attitude d'approche et de recherche d'information ou encore, ils adoptent une conduite d'évitement ou de déni. Par ce modèle des traits de la personnalité, le profil de coping est inhérent à la personne et les variations de la situation stressante ont peu d'importance.

Toutefois, ces deux conceptualisations, dynamique et traits de personnalité, voulant que l'individu se comporte toujours de la même manière face à une situation stressante n'ont pu être validées. Selon Cohen et Lazarus (1979) et Folkman et al. (1986), ces deux modèles, bien qu'ils aient contribué à une meilleure compréhension des réactions de l'individu face à un événement stressant, demeurent incomplets. En effet, Aldwin et Brustrom (1997) avancent que ces modèles supposent des caractéristiques stables chez la personne, déterminant les choix de coping utilisés tout en ignorant les caractéristiques situationnelles entourant l'événement stressant. D'autre part, Lazarus et Folkman (1984a) affirment que les traits de personnalité ne peuvent à eux seuls prédire la manière dont

les individus font face au stress. Le tempérament à réagir d'une façon donnée (concept trait), définit ce qu'est l'individu. Par contre, la réaction passagère que ce même individu adopte et qui change selon les circonstances (concept état) définit ce qu'il fait.

Par ailleurs, Aldwin et Brustrom (1997) et Suls et al. (1996) présentent le modèle transactionnel, élaboré par Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) comme étant le troisième modèle. Selon ce modèle de Lazarus et Folkman (1984a, 1984b), l'évaluation faite par l'individu de l'événement stressant de même que les stratégies de coping choisies sont loin d'être des caractéristiques stables de l'individu. Elles proviennent plutôt d'une transaction entre les exigences et les ressources environnementales et personnelles de cet individu telles que ses capacités de coping et ses propres valeurs. De plus, le coping a également une nature multidimensionnelle, c'est-à-dire qu'il change avec le temps en fonction de l'évolution de la situation (Folkman & Lazarus, 1985, 1988; Folkman et al. 1986).

Pour Folkman et al. (1986), cette différence est critique et distingue l'approche qui considère le coping comme un trait et celle qui le considère comme un processus. Cette dernière met l'accent sur l'importance donnée au contexte psychologique et environnemental dans lequel les stratégies de coping prennent place. Le contexte est critique dans l'approche processus parce que le coping est considéré comme étant une réponse à une exigence psychologique et environnementale provenant d'un événement stressant spécifique.

Par exemple, Folkman et al. (1986) ont réalisé une étude qui portait sur l'événement le plus stressant vécu le mois précédent auprès de 75 couples sur une période de six mois.

Les résultats de cette étude démontrent que les corrélations entre les six mesures prises successivement chaque mois ne sont pas significatives dans l'ensemble. À titre d'exemple, un individu peut, pour une situation donnée, utiliser des stratégies cognitives de coping pour réduire la tension éprouvée. Dans d'autres situations, il peut mettre en place des stratégies comportementales de coping destinées à régler le problème.

Aldwin et Brustrom (1997) reconnaissent que les trois modèles de coping présentés précédemment ont des applications au stress chronique. En effet, le stress à caractère chronique suscite parfois différents mécanismes de défense. Cependant, le modèle psychodynamique met l'accent sur les émotions au détriment des stratégies centrées sur le problème que l'individu peut en venir à découvrir au cours de sa maladie chronique. De la même manière, les caractéristiques d'approche ou d'évitement observés chez les individus et décrites par le modèle des traits de personnalité, peuvent changer avec le temps.

Par ailleurs, le caractère fluide et flexible du modèle de processus de coping correspond le mieux au stress dit chronique. Le processus de coping utilisé pour faire face à différentes menaces produites par une source de stress psychologique complexe, tel que le cancer par exemple, varie selon les diverses significations des exigences et des adaptations que représentent les menaces perçues. Le caractère chronique du stress, notamment le cancer, nécessite l'apprentissage de différentes stratégies menant à l'obtention d'une certaine qualité de vie.

Modèle transactionnel du coping

Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) décrivent ce modèle transactionnel du coping selon quatre variables qui en déterminent les étapes. Ces variables sont : le stimulus, l'évaluation, l'option de coping et le résultat.

Premièrement, la variable stimulus réfère à la présence de l'événement stressant, en l'occurrence le cancer. Ensuite, la variable évaluation intervient, c'est-à-dire le processus cognitif dans lequel l'individu évalue de quelle façon la situation vécue ou subie peut mettre en danger son bien-être et quelles sont les ressources de coping dont il dispose pour y faire face.

Cette évaluation se joue en deux temps. D'abord, l'évaluation est primaire, là où l'individu évalue si la situation représente une menace (éventualité d'une perte), une perte (corporelle, relationnelle, matérielle), ou un défi (possibilité d'un bénéfice). L'évaluation est ensuite secondaire, l'individu évalue quelles sont les options de coping dont il dispose pour y faire face, ce qu'il peut faire pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir un bénéfice.

En troisième lieu, l'individu envisage différents choix de coping : changer la situation, l'accepter, la fuir, l'éviter, enquêter davantage d'informations, rechercher du soutien social, ou encore agir avec impulsivité. Cette évaluation oriente le choix des stratégies de coping pour faire face à la situation stressante. Servant à atténuer directement la tension émotionnelle éprouvée, ne changeant en rien le problème, les stratégies de coping sont dites centrées sur l'émotion. Par contre, si les stratégies de coping visent à modifier directement le problème, elles sont dites centrées sur le

problème, diminuant indirectement la tension émotionnelle. La majorité des individus utilisent les deux stratégies.

Ces deux types de coping vont dans le sens de résultats obtenus par des études qui s'intéressent à faire l'inventaire des catégories de stratégies de coping utilisées. Par exemple, Ray, Lindop et Gibson (1982) et Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) recensent les différentes modalités selon lesquelles les individus réagissent à certaines réalités de leur vie, tant au plan familial, professionnel ou autres. Ces deux formes de coping, le coping centré sur l'émotion et le coping centré sur le problème, s'avèrent utiles dans la plupart des situations stressantes, variant en proportions relatives selon l'évaluation de l'événement.

La quatrième variable du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) réfère aux résultats adaptatifs obtenus. Ces résultats adaptatifs sont d'abord primaires ou immédiats, c'est-à-dire que l'individu fait face au stimulus. Ils sont ensuite secondaires, c'est-à-dire qu'ils concernent l'effet de l'option de coping retenue sur la santé mentale et physique de l'individu à moyen et à long terme. En appellation anglaise, Parle et Maguire (1995) nomment ces deux types de résultats obtenus "efficacité" dans le cas du résultat primaire et "efficience" dans le cas du résultat secondaire.

À cause des variables "évaluation" et "option de coping", ce modèle transactionnel voit le coping comme étant une intervention réfléchie plutôt que simplement un réflexe ou encore uniquement un résultat ou une adaptation psychologique. Le coping est alors défini comme étant des efforts cognitifs et comportementaux qui s'exercent pour gérer

une exigence interne ou externe jugée menaçante ou dépassant les ressources de la personne (Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b).

Cette définition met l'accent sur le processus et sur la notion de gestion de l'événement stressant plutôt que sur celle de maîtrise de l'environnement. En effet, Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) considèrent que devant l'impossibilité de maîtriser certains problèmes humains, comme c'est le cas lors d'une maladie comme le cancer, ces derniers doivent être redéfinis, tolérés ou acceptés pour une adaptation optimale. De plus, la définition considère que l'évaluation de la situation et des ressources a un rôle central de médiateur psychologique.

Par ailleurs, le coping est extrêmement sensible aux exigences, aux contraintes caractérisant l'événement stressant et aux ressources disponibles à l'individu (Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b).

Selon ces auteurs, les processus cognitifs concernant l'enjeu et les possibilités d'actions à poser sont autant de modèles de décisions de coping qui sont influencés à la fois par le contexte situationnel et par les caractéristiques propres à l'individu. Le coping et l'évaluation sont alors considérés comme interdépendants.

Déterminants du coping

Plusieurs stratégies de coping ont une fonction d'analyse perceptuelle qui amène une interprétation de l'événement. Plusieurs formes d'évaluation ont également une fonction de coping, aidant ainsi à atténuer la détresse ressentie. En tenant compte de ces considérations, les facteurs situationnels et les facteurs inhérents à l'individu sont les déterminants du coping.

Parmi les déterminants du coping, les facteurs situationnels sont de deux ordres : l'ambiguïté et les ressources sociales.

Par ambiguïté, Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) réfèrent aux conditions environnementales qui prévalent lors de l'événement stressant et cela appelle son corollaire, l'incertitude. Autrement dit, l'ambiguïté concerne l'absence de clarté dans l'environnement alors que l'incertitude concerne le manque de clarté dans les pensées de l'individu. D'abord, l'ambiguïté est omniprésente et joue un rôle important dans l'évaluation et le coping parce qu'il devient difficile d'évaluer s'il y aura un dommage et quel en sera son degré de sévérité. De plus, l'ambiguïté ne permet pas de décider facilement si quelque chose peut être fait pour éviter, maîtriser ou même tolérer le dommage ou encore de décider des actions à poser susceptibles de donner un résultat heureux. Également, dans la plupart des cas, le contexte social est ambigu et conduit à un éventail de variations dans la façon de l'interpréter et de le gérer. Ainsi, cette ambiguïté du contexte social rend d'autant plus importantes les caractéristiques propres à l'individu dans cette tâche d'évaluer et de faire face à l'environnement. En l'absence d'informations claires, la situation se présente comme un test projectif où les inférences que la personne y prête sont basées sur sa personnalité, ses croyances et ses expériences antérieures afin de donner un sens à ce qui arrive. Alors, plus la situation est ambiguë, plus les caractéristiques personnelles sont mises à contribution.

Concernant les ressources sociales, la deuxième catégorie des facteurs situationnels, elles comprennent le réseau social de l'individu et son support social. Le réseau social de l'individu inclut le nombre et le type de personnes avec lesquelles l'individu s'associe de

manière intime ou de manière circonstancielle. Le support social comprend l'information, l'aide concrète et le soutien émotif disponible dans le cas où justement une action ou une présence procure du réconfort. La plupart des études sur le soutien social supposent que son rôle dans le dénouement d'une situation est principalement d'atténuer le stress.

Par ailleurs, la deuxième catégorie de déterminants du coping concerne les facteurs inhérents à l'individu. Ces facteurs reposent principalement sur des caractéristiques de l'ordre de la motivation et du système de croyances relatif à la capacité de contrôle (Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b; Folkman & Lazarus, 1988).

Dans le premier cas, Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) expliquent que les profils de motivation définissent l'attitude générale de la personne devant les événements de sa vie. Ces différents profils déterminent ce qui est plus ou moins important pour l'individu; ainsi, ils identifient le niveau de vulnérabilité face à un dommage ou à une menace et le potentiel à relever un défi. En d'autres mots, une personne est plus encline à évaluer une situation comme étant dommageable et menaçante ou suscitant un défi si l'événement nécessite un haut niveau de motivation. Comme les profils de motivation des individus sont différents, les situations dommageables, menaçantes ou à défi le seront également et à des niveaux variés. Par exemple, les maladies qui handicapent ou à issues fatales semblent appeler cette motivation en terme de volonté de vivre.

Par ailleurs, dans le cas des croyances liées à la capacité de contrôle, la théorie de base suppose qu'en regard de ses expériences et de sa socialisation, l'individu espère contrôler les résultats désirés (Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b; Folkman & Lazarus, 1988).

En matière de stress et de coping, Averill (1973) distingue trois types de contrôle ayant différentes implications. D'abord, le contrôle cognitif réfère à l'interprétation de l'événement, c'est-à-dire l'évaluation de la situation. Ensuite, le contrôle décisionnel implique le choix des actions à entreprendre. Enfin, le contrôle comportemental concerne l'engagement direct sur l'environnement.

D'autres auteurs (Compas, Banez, Malcarne, & Woesham, 1991; Helgerson, 1992; Thompson, Sobolew-Shubin, Galbraith, Schwankovsky, & Cruzen, 1993) appuient l'importance de la perception de contrôle sur l'événement stressant. Pour eux, cette perception de contrôle est considérée comme un modérateur de la transaction stressante et de son dénouement au plan adaptatif. Ils émettent l'hypothèse que certaines stratégies de coping sont plus efficaces face à un stress perçu comme contrôlable par opposition à un stress qui ne l'est pas.

En bref, les propriétés d'augmentation ou de diminution de cette capacité de contrôle de l'individu dépendent principalement de la signification qu'il donne à la réponse associée à ce sentiment de contrôle. Cette signification est toujours liée à un contexte particulier de motivation, de même qu'aux exigences, ressources et limites relatives à la situation qui prévaut (Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b; Folkman & Lazarus, 1988).

Toujours en ce qui concerne les facteurs inhérents à l'individu, Kobasa et al.(1982) ajoutent la notion de robustesse (hardiness) aux caractéristiques personnelles de l'individu, c'est-à-dire sa capacité à faire face aux événements de vie. Pour eux, c'est la propension de cet individu à être résistant aux exigences externes et ce, de façon stable.

Stephens (1991) considère que le type robuste est capable de tolérer les stress psychosociaux plus efficacement que d'autres.

Pour Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vaag et Jacobs (1983), l'anxiété de trait, c'est-à-dire la tendance générale d'une personne à imaginer les situations stressantes comme menaçantes. Elle fait également partie des facteurs inhérents à l'individu susceptibles d'influencer le coping. Cette convergence des traits de personnalité associés au coping représente pour Suls et al. (1996) le plus récent courant théorique qui tend à reconnaître les facteurs propres à l'individu pouvant influencer la variable évaluation du processus de coping.

Dans sa revue de la littérature portant sur le coping, Rowland (1989) recense une diversité de définitions depuis celle de Lazarus (1966). De toutes ces définitions, une même tendance ressort, soit celle voulant que le coping conduise à l'adaptation de l'individu devant une situation exigeante.

Coping et adaptation

Même si des difficultés de mesure ne permettent pas à la recherche actuelle de conclure sur les effets généraux du coping, notamment sur la santé physique, quelques mesures spécifiques révèlent que certaines stratégies de coping peuvent avoir des effets au niveau du moral de l'individu, de son fonctionnement social et de sa santé physique et ce, de façon indépendante ou simultanée (Lazarus & Folkman, 1984b).

Pour expliquer les effets généraux du coping face à la santé physique, (Lazarus & Folkman, 1984b) expliquent que la dynamique associée au concept de mobilisation d'efforts représente le principal centre d'intérêt.

La mobilisation d'efforts, c'est le phénomène qui accélère le dommage aux tissus et dès lors augmente la vulnérabilité à la maladie. En effet, le coping intervient seulement lorsque l'individu ne peut plus, de manière routinière, composer avec les exigences de la vie, mais il doit s'appuyer sur quelque chose de plus. Selon Folkman et Lazarus, ce serait ce quelque chose de plus qui permet d'inclure les actions non routinières à la définition de coping et de considérer l'adaptation comme étant les procédés qui déterminent comment l'individu s'en tire en bout de ligne. En somme, un minimum d'expériences négatives et un maximum d'expériences positives caractérisent la vie d'une personne qui utilise le coping efficacement. Pour Holroyd et Lazarus (1982), la mobilisation d'efforts est généralement adaptative lorsque l'individu est confronté à une menace ou à un défi. Elle est inadaptée si elle devient continue, si elle dure malgré son inefficacité. C'est alors que les stratégies de coping centrées sur le problème interviennent et contribuent à réduire cette mobilisation d'efforts en éliminant l'exigence perçue. Si ces stratégies de coping centrées sur le problème ne sont pas efficaces, la situation peut s'aggraver et contribuer à augmenter et faire durer la mobilisation d'efforts. Par exemple, c'est le cas où le sujet ne peut prévenir ni améliorer les conditions environnementales stressantes par inadéquation de ses stratégies de coping centrées sur le problème. De la même manière, des stratégies centrées sur l'émotion inopérantes font que l'individu ne peut réguler sa détresse émotionnelle face à un événement incontrôlable qui peut ainsi contribuer à affecter sa santé. Ainsi, persévérer dans l'utilisation de certaines stratégies de coping alors qu'aucun changement n'est possible, peut conduire à une mobilisation d'efforts potentiellement dangereuse.

Concernant les effets du coping au niveau du moral de l'individu, les stratégies de coping préviennent l'émergence de stress là où autrement il y en aurait ou encore, permet de s'en dégager ou de mieux le gérer.

Enfin, les effets du coping sur le fonctionnement social dépendent d'une part de l'évaluation que l'individu fait de la situation en terme d'exigence et de la signification que cette exigence a pour lui et, d'autre part, de ses habiletés sociales et de résolutions de problèmes.

Objectifs et hypothèses de recherche

Peu de recherches ont repris le modèle de la réaction psychosociale à la maladie de Lipowski (1970) joint au modèle de processus de coping de Lazarus et Folkman (1984) pour examiner la relation entre le sens donné à la maladie et les stratégies de coping utilisées par les personnes atteintes de cancer. Les quelques recherches existantes (Barkwell, 1991; Schüssler, 1992) ont limité l'identification du sens donné à la maladie à une seule mesure et visaient une clientèle souffrant de maladies chroniques dans le premier cas et, dans le second cas, au problème spécifique de la douleur chez les personnes atteintes de cancer. Tenant compte de ces considérations, il devient intéressant, dans le cadre de cette étude, de s'adresser d'abord uniquement à un échantillon de personnes atteintes de cancer. De cette façon nous sommes en mesure d'apprécier, à l'aide d'une double mesure, le sens qu'elles donnent à leur maladie et ce, indépendamment du type de cancer, d'un problème spécifique associé et de son évolution. Ce faisant, il devient également intéressant d'examiner si le sens donné au cancer est relié aux stratégies de coping utilisées.

Compte tenu de la solidité du modèle de processus de coping de Lazarus et Folkman (1984), il est raisonnable de penser que selon le sens donné au cancer, l'individu est susceptible d'utiliser des stratégies de coping différentes. Par conséquent, les hypothèses qui seront testées sont les suivantes

H1 : Il existe un lien significatif entre les huit catégories de sens donné au cancer et les stratégies de coping.

H2 : L'analyse de régression hiérarchique démontre un coefficient de corrélation multiple significatif lorsque les variables de sens donné à la maladie sont utilisées comme prédicteurs des différentes stratégies de coping.

Bref, le cancer est une maladie qui représente un stress majeur dans la vie d'un individu. À partir de l'annonce même du diagnostic, la personne atteinte vit une variété de problèmes qui lui sont spécifiques. Ces exigences suscitent un bouleversement émotif qui peut évoluer jusqu'à des désordres psychiatriques. Différents facteurs adaptatifs sont à considérer pour atténuer ce bouleversement émotif. Entre autre, le sens donné à la maladie peut influencer le malade à adopter un profil de coping spécifique et c'est ce que la présente recherche tente de démontrer.

Méthode

Ce second chapitre présente la méthode adoptée lors de l'expérimentation. Il contient les informations relatives aux participants, au matériel et au déroulement de l'expérimentation.

Participants

Quatre-vingt-quatre sujets, 63 femmes et 21 hommes, ont participé à cette recherche. Ils ont été recrutés à La Maison d'hébergement de la Société Canadienne du Cancer à Montréal ($n = 17$), auprès des organismes de soutien aux personnes atteintes de cancer de la région de La Mauricie ($n = 34$) et sur référence des premiers rencontrés ($n = 33$).

Les données démographiques révèlent qu'ils proviennent en majorité de la région administrative Cœur du Québec pour 54 d'entre eux; onze demeurent dans la région de Lanaudière, 7 dans la région des Laurentides; 7 de la Montérégie et les 4 autres respectivement de la région Chaudière-Appalaches, de l'Abitibi-Témiscamingue, de l'Outaouais et de Québec.

L'âge moyen des participants est de 59.8 ans, ($ÉT = 13.7$). La majorité (60%) est marié ($n = 50$), 10.7% sont divorcés ($n = 9$) et 14.3% sont célibataires ($n = 12$). Leur niveau de scolarité est de 12.1 ans, ($ÉT = 3.4$). Le cancer du sein représente l'affection la plus fréquente, 48.8% en sont atteints (40 femmes, 1 homme). Le cancer de la prostate atteint 8.3% des sujets masculins (20). Pour 29% des participants ($n = 24$), le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic remonte à un an et moins. Ce pourcentage atteint les 31% ($n = 26$) pour ceux dont l'annonce du diagnostic varie entre 1 an et 2 ans, 26.2% ($n = 22$) entre 2 et 5 ans et à 14.3% ($n = 12$) à plus de 5 ans. Les personnes rencontrées rapportent éprouver de la douleur (47%, $n = 39$) et ce, constamment pour 11% ($n = 9$)

d'entre elles. La majorité (47%, $n = 70$) considèrent avoir subi une perte importante au cours de leur vie. Chez ces personnes, cette perte remonte à 5 ans et moins pour 45.2% ($n = 38$) d'entre elles. Pour 13.2% ($n = 11$), cette perte remonte entre 6 et 10 ans comparativement à 15.6% ($n = 13$) dont la perte a eu lieu entre 11 et 15 ans et à 9.6% ($n = 9$) entre 16 et 20 ans. Ce pourcentage augmente à 16.8% ($n = 14$) pour ceux dont la perte remonte à plus de 20 ans. Ces pertes sont principalement reliées au décès d'un proche, à la perte d'un emploi et à des conflits familiaux. Concernant les problèmes associés au cancer, 41% ($n = 34$) des participants évoquent la peur et l'incertitude face à l'avenir, 30% ($n = 25$), la limitation des capacités physiques, la modification de l'apparence physique, 20% ($n = 17$), des douleurs, des symptômes et de l'inconfort attribuable aux traitements, 4.8% ($n = 4$) évoquent des difficultés dans les relations familiales ou entre amis et seulement 4.8% ($n = 4$) évoquent autre chose. Le niveau de stress lié à ces problèmes est élevé pour 70.3% des sujets ($n = 59$).

Matériel

Parmi les instruments disponibles pour mesurer le coping, le Ways of Coping Questionnaire développé par Folkman et Lazarus (1984), version adaptée au cancer par Dunkel-Schetter et al. (1992) a été privilégié. Aucune traduction française n'était disponible au moment de l'étude. Dans sa version anglaise originale, les coefficients de consistance interne (alpha de Cronbach) se situent entre .74 et .86 pour les cinq catégories de stratégies de coping : recherche/utilisation du soutien social, alpha = .86; fuite/évitement cognitif, alpha = .78; distanciation, alpha = .80; centration sur le positif, alpha = .85; fuite/évitement comportemental, alpha = .74 (Dunkel-Schetter & al. 1992).

Une traduction libre du WOC-CA de Dunkell-Schetter et al. (1992) (Racine, 1999) a été légèrement modifiée en tenant compte de la version française du WOC de Vitaliano (Paulhan, Nuissier, Quintard, Cousson, & Bourgeois, 1994). Cet instrument consiste en 53 items qui permettent d'identifier et de regrouper 5 échelles de coping différentes. Les sujets cotent chaque item à l'aide d'une échelle de type Likert allant de *ne s'applique pas ou jamais* (0) à *très souvent* (4).

Les 8 catégories de sens donné à la maladie de Lipowski (1970) servent pour la mesure du sens donné au cancer et ce, tel qu'utilisé par Barkwell (1991). Il s'agit des sens suivants: défi, ennemie, punition, défaite, répit, façon de s'adapter, perte et valeur.

Afin d'obtenir les caractéristiques des participants rencontrés, un questionnaire socio-démographique a été prévu.

Procédure

Étant donné la nature délicate de l'étude, tous les participants ont été sollicités sur une base volontaire. Après avoir fourni, avec leur formulaire de consentement, leur nom, adresse et numéro de téléphone, ils ont été contactés pour une entrevue individuelle à leur lieu de résidence. Le seul critère de sélection est d'être âgé d'au moins dix-huit ans.

Avant de répondre au WOC-CA, les sujets ont d'abord nommé le principal problème qu'ils associent au cancer parmi les quatre les plus souvent mentionnés et tel qu'identifiés par Dunkel-Schetter et al. (1992). Ensuite, ils ont indiqué le niveau de stress vécu en lien avec le problème nommé, sur une échelle s'étendant de *pas stressant* (5) à *extrêmement stressant* (1). Ensuite, les participants ont eu à dire à quelle fréquence ils avaient utilisé

les moyens énumérés pour faire face à leur cancer. L'introduction à ce questionnaire est identique à celle proposée dans l'étude de Dunkel-Schetter (1992, p.81)

Lors d'un stress important dans notre vie, nous essayons habituellement d'y faire face par différents moyens. En psychologie, c'est ce que nous appelons le coping. Parfois, les moyens que nous utilisons aident à régler ou soulager les problèmes rencontrés alors que d'autres fois, ils ne réussissent pas. Les items ci-dessous décrivent des façons de penser ou d'agir que vous avez peut-être utilisées pour gérer votre stress face au cancer. S'il-vous-plaît, lisez attentivement chaque item et indiquez à quelle fréquence vous avez utilisé ce moyen pour faire face aux difficultés que vous avez rencontrées. Il est important de répondre au mieux à chaque item (traduction libre).

Concernant la mesure du sens donné au cancer, celle-ci a été faite à partir de fiches cartonnées identifiant chacune des huit catégories de sens donné à la maladie (défi, ennemie, punition, défaite, répit, façon de s'adapter, perte, valeur) (Lipowski, 1970). Les sujets ont été invités à les classer par ordre d'importance, du plus significatif au moins significatif pour eux, en lien avec leur diagnostic de cancer. Pour fin de vérification de la représentation que les sujets attribuaient au sens jugé le plus significatif pour eux, ils ont eu à le décrire dans leur propre mot et par écrit. Le sens donné en premier obtient un score de 8 et ainsi de suite décroissant jusqu'à 1 point attribué au 8^{ième} et dernier choix. C'est ce qui correspond plus tard à ce qui sera appelé la mesure de « rang ». En plus, ils ont coté l'importance de chacune de ces catégories de sens donné au cancer sur une échelle de type Likert allant de *pas important* (1) à *très important* (9). Cette deuxième cotation avait pour but de vérifier si, d'une part, cette dernière mesure allait soutenir le choix qu'ils avaient effectué au cours du premier exercice et d'autre part, elle allait permettre de vérifier les corrélations avec les stratégies de coping utilisées. Cette dernière mesure sera identifiée comme étant la mesure de « l'importance relative ».

Tous les questionnaires ont été administrés dans le même ordre et les répondants prenaient environ une heure pour les compléter. La cueillette des données s'est échelonnée sur une période de douze semaines, au cours de l'automne 1999. Pour quelques participants, cette cueillette des données s'est avérée incomplète, notamment pour la mesure de "rang".

Résultats

Ce chapitre débute par la présentation d'une analyse préliminaire ayant pour objectif d'apprécier les qualités psychométriques de la traduction française de l'instrument de mesure WOC-CA (Dunkel-Schetter et al. 1992). Elle est suivie de l'analyse des résultats qui serviront à vérifier les diverses hypothèses de la recherche. Ces analyses statistiques examinent d'abord les stratégies de coping quant à leur fréquence d'utilisation et leurs intercorrélations. Ensuite, elle présente la variable sens donné au cancer et ce, de manière descriptive quant au rang et au niveau d'importance relative accordé aux huit catégories suivie d'une analyse des corrélations entre ces deux types de mesures. En troisième lieu, suit la section la plus importante puisque c'est là que seront présentés les relations entre le sens donné au cancer et les stratégies de coping à l'aide d'analyses de corrélations et de régression.

Traduction française de l'instrument WOC-CA

Les coefficients de consistance interne alpha de Cronbach des échelles de coping résultant de la traduction française du WOC-CA varient de .46 à .77 : recherche et utilisation du soutien social = .72; évitement cognitif = .53; distanciation = .46; centration sur le positif = .77; évitement comportemental = .47. En examinant de plus près les résultats obtenus, il a été possible d'identifier quelques items pour lesquels les coefficients de corrélation avec leurs échelles respectives étaient faibles. Ce fut le cas pour l'item 8 de l'échelle évitement cognitif ($r = .0034$), de l'item 37 de l'échelle distanciation ($r = .0413$), de l'item 47 de l'échelle centration sur le positif ($r = .0587$) et de l'item 18 de l'échelle évitement comportemental ($r = .0145$).

Dans le but d'améliorer la qualité psychométrique de l'instrument, nous avons choisi de laisser tomber ces items dans le calcul des scores d'échelles et ce, malgré le fait que ce faisant, nous nous éloignons quelque peu de la version originale de l'instrument tel qu'adapté par Dunkel-Schetter et al. 1992.

Cet exercice a permis d'obtenir des scores d'échelles dont la consistance interne était légèrement améliorée tel que révélé par l'analyse de fidélité. Les coefficients alpha obtenus varient de .51 à .81 : recherche et utilisation du soutien social = .72; évitement cognitif = .56; distanciation = .58; centration sur le positif = .81; évitement comportemental = .51.

Stratégies de coping

Dans cette étude, les variables de coping représentent les moyens que la personne atteinte de cancer utilise pour faire face à sa maladie. Un premier tableau permet d'examiner la fréquence d'utilisation des 5 stratégies de coping. Une analyse de corrélation est ensuite effectuée pour vérifier leurs interrelations.

Le Tableau 1 démontre que les participants rapportent avoir utilisé plus fréquemment la stratégie de distanciation, suivi de la recherche ou de l'utilisation du soutien social, de la centration sur le positif et de l'évitement cognitif. La stratégie d'évitement comportemental s'est avérée la moins utilisée. Rappelons que les scores pouvaient varier de ne s'applique pas ou jamais (0) à très souvent (4).

Le Tableau 2 permet de constater que quatre des cinq échelles présentent des intercorrélations modérées, soit les stratégies de recherche ou d'utilisation du soutien social, d'évitement cognitif, de centration sur le positif et d'évitement comportemental. À

Tableau 1

Moyenne des Scores d'Utilisation des Stratégies de Coping ($N = 84$)

	Moyenne	Écart-type
Distanciation	2.11	.55
Recherche ou utilisation du soutien social	1.93	.68
Centration sur le positif	1.84	.97
Évitement cognitif	1.53	.68
Évitement comportemental	.76	.47

Tableau 2

Intercorrélation des Stratégies de Coping ($N = 84$)

Stratégies de coping	2	3	4	5
1. Soutien social	.26*	-.15	.41***	.42***
2. Évitement cognitif		.19	.45***	.46***
3. Distanciation			.11	-.01
4. Centration sur le positif				.44***

* $p < .05$., *** $p < .001$

l'inverse, il est intéressant de constater que la stratégie de distanciation n'obtient aucune corrélation significative avec les quatre autres types de stratégies, et ce, bien qu'elle soit rapportée comme étant la plus fréquemment utilisée.

Sens donné au cancer

La variable sens donné au cancer est mesurée selon 8 catégories : défi, ennemie, punition, défaite, répit, façon de s'adapter, perte et valeur. Dans un premier temps, nous avons examiné l'importance que les participants accordent en moyenne à l'ensemble de ces catégories de sens selon les deux mesures d'importance utilisées, soit celle du rang et celle de l'importance relative. À partir de ces résultats, nous avons vérifié leurs similitudes en regardant les corrélations entre les scores obtenus. Le Tableau 3 nous indique que les deux mesures utilisées donnent des résultats similaires quant à la mise en ordre des huit catégories de sens donné au cancer. Par exemple, c'est la catégorie défi qui obtient la première position d'importance et ainsi de suite jusqu'à la catégorie punition, et cela, peu importe la mesure retenue. Cela ne veut cependant pas nécessairement dire que les deux mesures sont entièrement équivalentes, ceci étant révélé par les coefficients de corrélation qui s'échelonnent de .21 à .72 entre les deux mesures. Dans le but de simplifier la présentation des résultats, il apparaît opportun de privilégier la mesure d'importance relative basée sur l'échelle de type Likert pour la section de mise à l'épreuve des hypothèses. Puisque cette mesure est disponible pour un plus grand nombre de participants ($N = 84$), elle permettra une plus grande puissance dans les tests statistiques subséquents.

Tableau 3

Tableau Comparatif des Catégories de Sens Donné au Cancer selon la mesure de rang
et la mesure de l'importance relative

	Rang ($N = 71$)		Importance relative ($N = 84$)		r
	M	$ÉT$	M	$ÉT$	
1. Défi	6.18	1.18	6.94	2.52	.60
2. Façon de s'adapter	5.74	1.67	6.81	2.22	.50
3. Valeur	5.18	2.18	6.39	2.73	.72
4. Perte	4.91	1.90	5.15	3.01	.60
5. Répit	4.21	1.74	4.58	2.67	.30
6. Ennemie	4.03	2.34	4.25	3.18	.21
7. Défaite	3.64	2.13	3.25	2.62	.55
8. Punition	2.26	2.25	1.91	2.27	.48

Note. Les $r \geq .30$, $p < .01$.

Certains participants ont uniquement identifié le sens le plus important pour eux sans donner leur ordre d'importance des 7 autres catégories. Ceci explique la disparité dans les nombres de participants.

Sens donné au cancer et utilisation des stratégies de coping

Dans le but d'examiner la possibilité d'une relation entre le sens donné au cancer et l'utilisation des stratégies de coping, une analyse de corrélation a été effectuée. Le Tableau 4 présente les résultats obtenus lors de l'analyse des corrélations entre les huit catégories de sens donné au cancer (mesure de l'importance relative selon l'échelle de type Likert) et les stratégies de coping. Ces résultats confirment l'hypothèse 1 qui annonçait des relations significatives entre le sens donné au cancer et les stratégies de coping utilisées. En effet, pour chacune des stratégies de coping, nous pouvons observer au moins une catégorie de sens donné qui lui soit associée. Dans certains cas (soutien social et évitement comportemental), nous observons des corrélations significatives avec deux catégories différentes de sens donné.

Dans le but, d'une part, d'identifier la qualité de la prédiction des stratégies de coping et d'autre part, d'examiner l'importance de ces variables prédictives, des analyses de régression multiple ont été effectuées. Après avoir contrôlé le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic, nous pensons qu'il est possible d'expliquer une portion de la variance de chacune des stratégies de coping à l'aide des variables de sens donné au cancer qui présentaient une corrélation significative. Dans deux cas sur cinq, soit aux échelles du soutien social et de la centration sur le positif, le Tableau 5 nous démontre que le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic s'est avéré un prédicteur significatif de l'utilisation de ces stratégies de coping. Toutefois, pour ces deux stratégies, l'addition des variables de sens donné permet d'ajouter à la qualité de prédiction. À titre d'exemple,

alors que le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic explique 9% de la variance du soutien social, il est possible d'ajouter un 13% par les sens donnés: *façon de s'adapter* et *valeur*. Pour ce qui est des trois autres stratégies, à savoir les stratégies d'évitement et de distanciation, le tableau est quelque peu différent. En effet, le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic n'est pas un prédicteur significatif. Cependant, on peut encore une fois observer que l'ajout des variables de sens donné entraîne une hausse significative de la qualité de la prédiction. L'examen des coefficients de régression au Tableau 6 indique que les sens donnés *valeur*, *perte* et *défi* sont parmi les prédicteurs les plus importants de l'utilisation du soutien social, de l'évitement cognitif, de la distanciation et de la centration sur le positif. Dans l'ensemble, les résultats des analyses de régression confirment l'hypothèse 2.

Tableau 4
 Corrélations entre les Variables Sens Donné au Cancer et
 les Stratégies de Coping Utilisées ($N = 84$)

	1	2	3	4	5	6	7	8
Soutien social	.12	.10	-.14	.02	-.00	.24*	.10	.30**
Évitement cognitif	-.12	.12	.08	.17	.05	.01	.29**	-.01
Distanciation	.29*	.13	.07	.11	.04	-.01	.04	.01
Centration sur le positif	.02	-.14	-.03	.08	.02	.18	.07	.30**
Évitement comport.	-.02	.07	.15	.24*	.03	.18	.25*	.14

Note : 1 = défi, 2 = ennemie, 3 = punition, 4 = défaite, 5 = répit, 6 = façon de s'adapter, 7 = perte, 8 = valeur. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau 5

Analyse de Régression Multiple Hiérarchique Prédissant les Stratégies de Coping à partir de Variables de Sens Donné au Cancer après avoir contrôlé le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic (TempsDx) ($N = 84$)

	R^2 cumulé	F	df	R^2 augmenté	F	df
Soutien social						
TempsDx	.09	8.00**	1,82	.09	8.00**	1,82
S'adapter et valeur	.22	7.40***	3,80	.13	6.56**	1,80
Évitement cognitif						
TempsDx	.01	.751	,82	.01	.751	,82
Perte	.10	4.3*	2,81	.09	7.97**	1,81
Distanciation						
TempsDx	.00	.001	,82	.00	.001	,82
Défi	.08	3.76*	2,81	.08	7.52*	1,81
Centration sur le positif						
TempsDx	.07	6.55*	1,82	.07	6.55*	1,82
Valeur	.16	7.67*	2,81	.09	8.21**	1,81
Évitement comportemental						
TempsDx	.00	.061	,82	.00	.061	,82
Perte et défaite	.09	2.59	3,80	.09	3.86*	1,80

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 6

Coefficients de Régression des Variables Indépendantes sur les Stratégies de Coping

	B	Bêta	SR ²
Soutien social			
TempsDx	-1.19	-.33	.11**
S'adapter	.58	.17	.03
Valeur	.68	.25	.05*
Évitement cognitif			
TempsDx	.27	.10	.01
Perte	.55	.30	.09**
Distanciation			
TempsDx	.06	.02	.00
Défi	.72	.29	.08***
Centration sur le positif			
TempsDx	.85	.25	.06*
Valeur	.75	.29	.08**
Évitement comportemental			
TempsDx	-.09	-.05	-.05
Défaite	.27	.18	.14
Perte	.23	.17	.15

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Discussion

Cette étude avait pour principal but d'examiner la relation entre le sens donné à la maladie et les stratégies de coping utilisées par les personnes atteintes de cancer. Dans cette partie du travail, les hypothèses de la recherche, leurs implications pour la recherche future ainsi que leurs limites seront reprises et discutées en fonction des différents résultats obtenus.

D'abord, mentionnons la particularité de cette étude au plan méthodologique. En effet, comparativement aux quelques autres études menées simultanément sur le coping, le cancer et le sens donné à la maladie, cette étude s'est réalisée uniquement auprès de personnes atteintes de cancer, indépendamment du type et de l'évolution de la maladie. De plus, en regard de la mesure du sens donné à la maladie, notre étude a prévu deux approches. La première approche, comparable à celle utilisée dans le cadre d'études consultées, demandait aux participants de classer par ordre d'importance pour eux les huit catégories de sens donné à la maladie tel que présentée par Lipowski (1971, 1981). En second lieu, ils ont été invités à coter l'importance relative qu'ils accordaient à chacune de ces mêmes catégories de sens donné, sur une échelle de type Likert allant de *pas du tout important* (1) à *très important* (9). Cette deuxième mesure allait permettre une base comparative des résultats obtenus et la décision à partir de laquelle d'entre elles nous allions effectuer les analyses statistiques permettant de mettre à l'épreuve les hypothèses de recherche.

Ensuite, de façon globale, les résultats de cette étude confirment l'hypothèse de l'existence d'un lien entre le sens donné au cancer et les stratégies de coping utilisées. Ces résultats vont dans le sens de la théorie de Lazarus et Folkman (1984) à l'effet que le

coping est un processus d'efforts cognitifs et comportementaux qui s'exercent pour gérer une exigence interne ou externe jugée menaçante ou dépassant les ressources de l'individu. Le processus d'efforts cognitifs réfère notamment à l'évaluation de la situation stressante par laquelle l'individu juge à quel point elle peut être menaçante pour son intégrité ou pour son bien-être et s'il peut faire quelque chose pour l'éviter, la modifier ou pour y faire face. Ces résultats appuient également la théorie de Lipowski (1971) voulant que la manière dont les individus font face à leur maladie est directement reliée à la signification personnelle qu'ils y attribuent et à l'attitude qu'ils adoptent en regard de cette maladie.

De manière spécifique et tel que les études de Schüssler (1992) et de Barkwell (1991) l'ont démontré, certaines catégories de sens donné à la maladie dans la présente étude sont corrélées à des stratégies de coping différentes. Par exemple, il y a corrélation modérée entre le fait de voir la maladie comme un *défi* ou comme un événement contribuant à la vie spirituelle (*valeur*) et des stratégies favorisant la restructuration cognitive tel que la distanciation et la centration sur le positif. Par ailleurs, la stratégie d'évitement comportemental est, pour sa part, corrélée à la perception du cancer comme *défaite* et *perte*, alors que l'évitement cognitif l'est avec la perception de *perte*. L'analyse de régression multiple effectuée, après avoir contrôlé le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic, a d'ailleurs permis de constater que *valeur*, *perte* et *défi* sont les principaux prédicteurs d'utilisation des stratégies de recherche ou d'utilisation du soutien social, de l'évitement cognitif, de la distanciation et de la centration sur le positif. Ces résultats suggèrent que le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic n'est pas, ni dans tous les

cas, ni à lui seul, susceptible de déterminer complètement le choix d'un profil de coping plutôt qu'un autre. En effet, la présente étude permet de remarquer que peu de temps après l'annonce du diagnostic, les participants manifestent fortement le besoin de rechercher ou d'utiliser le soutien social. Cependant, lorsqu'ils considèrent que leur cancer peut contribuer à leur croissance personnelle (*valeur*), cette attitude de coping est également présente. Il en est de même pour l'utilisation de la centration sur le positif où, au delà des années passées depuis l'annonce du diagnostic, une perception de *valeur* associée au cancer explique également ce choix de coping. Quant à l'utilisation des stratégies d'évitement cognitif et de distanciation, certaines variables de sens donné au cancer sont à elles seules des prédicteurs de l'utilisation de ces stratégies, le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic n'y étant pour rien. En effet, les participants de la présente étude ont rapporté utiliser la stratégie de distanciation de façon importante lorsqu'ils voyaient leur cancer comme un *défi* et ce, indépendamment du temps écoulé depuis qu'ils ont appris leur diagnostic. Rappelons que cette stratégie de la distanciation s'est avérée rapportée comme la plus fréquemment utilisée et qu'elle est relativement indépendante des autres stratégies de coping. Dans le cas de l'utilisation de l'évitement cognitif, les personnes rencontrées attribuent un sens de *perte* à leur cancer.

L'existence d'une relation entre le sens donné au cancer et le choix de coping ajoute à la compréhension des différents comportements, attitudes et humeurs qui prévalent chez les personnes atteintes. En effet, certaines recherches rapportent que 17 à 25% des personnes atteintes de cancer présentent des désordres psychiatriques (Carroll et al., 1993; Massie & Holland, 1990). De plus, il a déjà été démontré que certains profils de

coping sont reliés à plus d'anxiété et de symptômes dépressifs tels que l'utilisation des stratégies d'évitement comportemental et d'évitement cognitif (Compass & Harding, 1998). De plus, les récentes statistiques démontrent une augmentation des nouveaux cas de cancer et une diminution des décès attribuables à cette maladie chez les personnes de plus de soixante ans (Statistiques Canada, 1999). Devant ces considérations, l'équipe multidisciplinaire rattachée à la dispensation des soins et des services est appelée à favoriser chez cette clientèle l'adoption d'un rôle actif lors des examens diagnostics et lors des traitements. L'information obtenue par la présente recherche offre des pistes d'évaluation des besoins d'assistance psychologique des personnes atteintes de cancer et une meilleure compréhension de la détresse éprouvée. En effet, nous avons démontré par cette étude que certaines catégories de sens donné au cancer sont reliées à certaines stratégies de coping. De plus, les connaissances actuelles sur les fonctions adaptatives de certaines catégories de coping sont concluantes. Il est maintenant reconnu que l'utilisation de certaines stratégies s'avère plus efficace que d'autres notamment pour diminuer le niveau d'anxiété et le niveau de douleur, réduire les symptômes dépressifs et susciter un rôle plus actif de la part de la personne atteinte de cancer (Barkwell, 1991; Compass & Harding, 1998; Schüessler, 1992; Stanton & Snyder, 1993). Or, nous pouvons raisonnablement imaginer une plus grande efficacité de l'intervention actuelle si l'approche utilisée examinait de plus près le sens que les personnes atteintes de cancer attribuent à leur maladie. En tenant compte de cette considération du sens donné au cancer et de sa relation possible d'influence sur l'utilisation des stratégies de coping, la

promotion des stratégies jugées les plus efficaces pourrait y gagner en suscitant la réflexion autour de cette interrelation.

Par ailleurs, même si les résultats concluants de la présente étude ajoutent au questionnement actuel concernant l'intervention auprès des malades atteints de cancer, certaines limites méritent d'être prises en compte.

La première limite consiste en la valeur psychométrique plutôt faible de la mesure des stratégies de coping. En effet, tel que présenté à l'analyse préliminaire des résultats, les stratégies d'évitement cognitif, de distanciation et d'évitement comportemental ont respectivement coté un coefficient Alpha de .56, .58 et .51. Néanmoins, devant l'absence d'une version française validée du WOC-CA (Dunkel-Schetter et al. 1992), l'utilisation d'une traduction libre (Racine, 1999) a permis de poursuivre l'objectif de ce travail, soit celui d'examiner la relation entre le sens donné au cancer et les stratégies de coping utilisées. Malgré des indices de consistance interne qui n'atteignent pas toujours le niveau souhaitable, les résultats démontrent des corrélations significatives entre le sens donné au cancer et les stratégies de coping utilisées. Cette situation est encourageante. Cependant, à l'endroit des recherches futures, si la validation d'un instrument de la mesure du coping en français pouvait être améliorée, les résultats pourraient d'autant être renforcés.

Concernant la mesure du sens donné à la maladie, la présente étude a prévu deux mesures et nous avons choisi de privilégier celle de l'importance relative parce que des conditions lors de l'administration se sont avérées incomplètes pour quatorze des participants rencontrés. Pour la recherche future, il serait souhaitable d'examiner de plus près la comparaison des deux mesures.

Une autre limite de la présente étude réside dans le recrutement des participants eu égard à l'homogénéité. En effet, sur les quatre-vingt-quatre personnes rencontrées, la majorité participait à un groupe de soutien mais dix-sept étaient sous traitement de radiothérapie. Est-ce que la participation de ces dernières à l'étude a pu biaiser quelque peu les résultats des mesures du sens donné à la maladie de même que la mesure des stratégies de coping utilisées? Malheureusement, les difficultés liées au recrutement des participants ont fait en sorte qu'il nous a été impossible de contrôler une telle variable. De la même manière, le recrutement des participants s'est voulu le plus aléatoire possible concernant le type de cancer en cause et les résultats obtenus ont démontré une forte proportion du cancer du sein (48.8%) parmi les participants. On peut se demander si ce type de cancer a pu influencer les résultats de la présente étude?

En somme, malgré une fidélité interne plus faible que la version originale anglaise du WOC-CA, les analyses statistiques effectuées ont permis de confirmer les hypothèses de recherche. En effet, l'analyse de corrélation a démontré une relation entre le sens donné au cancer et l'utilisation des stratégies de coping. Des analyses de régression multiples ont de plus révélé que l'addition des variables de sens donné permet d'ajouter à la qualité de la prédiction des stratégies de coping utilisées et ce, après avoir contrôlé le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic.

En ajoutant une mesure différente de la variable qualitative "sens donné au cancer", la présente recherche confirme l'existence d'un lien avec les stratégies de coping utilisées par les personnes atteintes de cancer, même en contrôlant le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic. La connaissance de ce lien permet aux professionnels de la santé

d'améliorer l'efficacité de l'ensemble de leurs interventions psychosociales auprès des personnes ayant un diagnostic de cancer. Pour la recherche future, la validation d'un instrument de mesure du coping en français et un meilleur contrôle de l'homogénéité des sujets recrutés permettraient de renforcer les résultats obtenus.

Conclusion

L'intérêt pour le coping associé au stress a permis de soulever des questionnements intéressants notamment en regard des personnes malades, en l'occurrence les personnes atteintes de cancer. Il a été démontré (Compass & Harding, 1998) que certains facteurs sont à considérer comme des déterminants de l'adaptation au cancer. Parmi ces facteurs, le choix d'un profil de coping peut s'avérer plus efficace qu'un autre au plan adaptatif. Or, les résultats de cette recherche vont dans le sens de la théorie relative au processus de coping développé par Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) voulant que l'évaluation du stresser joue un rôle déterminant au niveau des stratégies de coping utilisées. Cinq des huit catégories de sens donné à la maladie de Lipowski (1971) se sont de fait avérées corrélées à l'utilisation de stratégies différentes de coping et ce, indépendamment du temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic. L'importance dès lors de la signification attribuée au cancer s'est manifestée par une différence significative en terme de comportement de coping. Bien que les résultats obtenus ne suggèrent pas une relation de cause à effet, nous pouvons cependant conclure qu'un diagnostic de cancer génère une détresse complexe dont l'une des composantes essentielles est la compréhension individuelle du cancer qu'ont les personnes atteintes. Ainsi, à travers l'expression du sens attribué à leur cancer, ces personnes nous fournissent des éléments de compréhension du processus cognitif et comportemental mis en œuvre pour atténuer la détresse éprouvée. Possiblement que cet aspect de la signification personnelle attribuée à la maladie devrait constituer le point de départ de l'intervention psychologique. Les résultats de la présente étude portent à croire qu'en évitant de prêter attention au sens donné au cancer comme

étant un déterminant de coping important, peut conduire à une compréhension incomplète de l'individu atteint et mener à des décisions d'interventions inappropriées.

Références

- Aldwin, C. M., & Brustrom, J. (1997). Theories of coping with chronic stress. Dans Gottlieb, B. H. (Ed.), *Coping with chronic stress*, (pp.75-103). New York : Plenum Press
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping : The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286-303.
- Barkwell, D. P. (1991). Ascribed meaning: a critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer-related pain. *Journal of Palliative Care*, 7 (3),5-14.
- Baum, A., Cohen, L., & Hill, M. (1993). Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosomatic Medicine*, 55, 274-286.
- Byrne, D. (1961). The repression-sensitization scale : rationale, reliability and validity. *Journal of Personality*, 29, 334-349.
- Carroll, B. T., Katholl, R. G., Noyes, R., Wald, T. G. et al. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale [CD-ROM]. *General Hospital Psychiatry*, 15 (2), 69-74. Résumé de : SilverPlatterFile : PsycLit Item : 1993-35943-001.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Schier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, F. L. M., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress : A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness. Dans G.C. Stone, F. Cohen, & N.E. Adler (Eds.), *Health psychology*, San Francisco : Jossey-Bass.
- Compass, B. E., Banez, G. S., Malcarne, V., & Woesham, N. (1991). Perceived control and coping with stress : A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34.
- Compass, B.E., & Harding, A. (1998). Competence across the lifespan : Lessons from coping with cancer. In Pushkar, D., Bukowski, W. (Eds.) & al. *Improving competence across a lifespan : Building interventions based on theory and research*, (pp.9-26). New York : Plenum Press.
- Dantchev, N. (1989). Stratégies de “ coping et pattern A ” coronarogène,. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 17/18, 21-30.

- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology, 11* (2), 79-87.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology, 57*, 332-350.
- Epping-Jordan, J. E., Compass, B. E., & Howell, D. C. (1994). Psychological symptoms, avoidance and intrusive thoughts as predictors of cancer progression. *Health Psychology, 13*, 539-547.
- Epping-Jordan, J. E., Compass, B. E., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., & Krag, D. (1997). Predictors of psychological adjustment to breast cancer : Disease, demographic, personality and coping factors.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes, it must be a process : Study of emotions and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 150-170.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992-1003.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine, 21* (1), 43-49.
- Haan, N. (1969). A tripartite model of ego functioning : Values and clinical research applications. *Journal of nervous and mental disease, 148*, 14-30.
- Heijmans, M. (1999). The role of patients illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *British Journal of Health Psychology, 4*, 137-149.
- Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 656-666.
- Holroyd, K.A., & Lazarus, R.S. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. Dans L. Golberger, & S. Breznitz (Eds), *Handbook of stress*, New-York : Free Press.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health : A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 168-177.

- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New-York : McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theories and research : past, present and future. *Psychosomatic medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984a). Coping and adaptation. Dans W. D. Gentry (Éd.), *Handbook of behavioral medicine* (pp.282-325). New York : The Guilford Press.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984b). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Lennard, L. (1996). Spice of life or kiss of death? Dans C. L. Cooper (Éd.), *Handbook of stress, medicine and health* (pp.1-10). New York : CRC Press.
- Lipowski, Z. J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in medicine*, 1(2), 91-102.
- Lipowski, Z.J. (1971). The individual faced with physical illness. *Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale*, 13 (3), 235-249.
- Lipowski, Z.J. (1981). Psychosocial reactions to physical illness. *Psychiatria Fennica, suppl.*, 11-18.
- Massie, M. J., & Holland, J.C. (1990). Depression and the cancer patient. *Journal of clinical psychiatry*, 51, 12-19.
- McCabe, P. M. (1991). Stress, coping and disease. Dans P. M. McCabe, N. Schneiderman, T. M. Field, & J. S. Skyler (Éds.), *Stress and coping*. New York : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness. Dans R. H. Moos (Éd.), *Coping with physical illness* (3-25). New York : Plenum Publishing Corporation.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes : Current concepts and measures. Dans L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress : Theoretical and clinical aspects*, (2^e éd.) (pp.234-257). New York : The Foll Press.
- Nelson, D. V., Friedman, L. C., Baer, P. E., Lane, M., & Smith, F. E. (1994). Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 127-141.

- Osowiecki, D., & Compass, B. E. (1998). Psychological adjustment to cancer : Control beliefs and coping in adult cancer patient. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (5), 483-499.
- Parle, M., & Maguire, P. (1995). Exploring relationships between cancer, coping and mental health. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1-2), 27-50.
- Paulham, I. (1994). Les stratégies d'ajustement ou coping. Dans M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (Éds.). *Introduction à la psychologie de la santé*, (pp.99-124). Paris: Presse Universitaire de France.
- Paulham, I.; Nuissier, J.; Quintard, B.; Cousson, F. & Bourgeois, M. (1994). La mesure du coping: Traduction et validation de la version française de l'échelle de Vitaliano. *Annales Médico-Psychologiques*, 152 (5), 292-299.
- Racine, P. (1999). *Coping et cancer*. Document inédit, Université du Québec à Trois Rivières.
- Ray, C., Lindop, J., & Gibson, S. (1982). The concept of coping. *Psychological Medicine*, 12, 385-395.
- Razavi, D., & Stiefel, F. (1994). Common psychiatric disorders in cancer patients : Adjustment disorders and depressive disorders. *Support Care Cancer*, 2, 223-232.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. *American Psychologist*, 41 (7), 813-819.
- Rowland, J. H. (1989). Psychological factors and adaptation. Dans J. C. Holland, J. H. Rowland et al. (Éds.), *Handbook of psychooncology : Psychological care of the patient with cancer* (pp.23-71). New York : Oxford University Press.
- Schag, C. A. C., Ganz, P. A., Polinsky, M. L., Fred, C., Hirji, K., & Peteresen, L. (1993). Characteristics of women at risk for psychological distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, (11), 783-793.
- Schüssler, G. (1992). Coping strategies and individual meanings of illness. *Social Science and Medicine*, 34 (4), 427-432.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Toronto: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1964). *From dream to discovery*. New York: McGraw Hill.

- Selye, H. (1967). *In vivo. The case for supramolecular biology*. New York: Liveright.
- Selye, H. (1971). The evolution of the stress concept: Stress and cardiovascular disease. Dans L. Levi (Éd.), *Society, stress and disease* (pp. 299-311). London: Oxford University Press.
- Snyder, J. J. (1989). Cancer. In *Health Psychology and Behavioral Medicine*, (pp.161-187). New-Jersey Prentice Hall, Englewoods Cliffs.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Luschene, R., Vaag P. R., & Jacobs G. A. (1983). *Manual for the state-trait-anxiety inventory (S.T.A.I.), forme y2*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press Inc.
- Statistiques Canada (1999). *Statistiques canadiennes sur le cancer*. Division des statistiques sur la santé, Ottawa.
- Stanton, A. L., & Snyder, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis : A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Stephoe, A. (1991). *Adaptation à l'environnement : Psychologie de la réaction au stress*. Stablon 4 : Collection Scientifiques.
- Stoll, M. F., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. E., Compass, B. E., & Krag, D. N. (1997). Adjustment to breast cancer : Age-related differences in coping and emotional distress. Unpublished manuscript, University of Vermont.
- Suls, J.; David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping : Three generations of research. *Journal of Personality*, 64 (4), 711-735.
- Thompson, S. C.; Sobolew-Subbin, A.; Galbraith, M. E.; Schwankovsky, L. & Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 293-304.
- Turk, D. C., Rudy, T. E., & Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9 (5), 453-474.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston : Little, Brown.
- Vinokur, A. D., Threath, B. A., Vinokur-Kaplan, D., & Satariano, W. A. (1990). The process of recovery from breast cancer for y ounger and older patients: Changes during the first year. *Cancer*, 65, 1242-1254.

- Wheaton, R. B. (1983). Stress, personal coping resources and psychiatric symptoms: An investigation of interactive models [CD-ROM]. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (3), 208-229. Résumé de SilverPlatterFile: PsycLit Item: 1984-15212-001.
- Weisman, A.D. (1979). A model for psychosocial phasing in cancer. Dans R. H. Moos (Éd.), *Coping with physical illness* (107-122). New York : Plenum Publishing Corporation.
- Wolff, H.G. (1953). *Stress and disease* [CD-ROM]. New York : Medicine Collection. Résumé de : SilverPlatterFile : PsycLit Item : 1954-04730-000.