

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
DAISY RAYMOND

LE SENS DONNÉ AU CANCER ET LA QUALITÉ DE VIE DES HOMMES ET  
DES FEMMES ATTEINTS PAR CETTE MALADIE

JUIN 2013

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.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LE SENS DONNÉ AU CANCER ET LA QUALITÉ DE VIE DES HOMMES ET  
DES FEMMES ATTEINTS PAR CETTE MALADIE

PAR  
DAISY RAYMOND

Sylvie Lapierre, directrice de recherche      Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Claude Blais, évaluatrice      Université du Québec à Trois-Rivières

Mireille Lavoie, évaluatrice externe      Université Laval

## **Sommaire**

La présente étude porte sur le sens donné au cancer et sa relation avec la qualité de vie. Elle vise à vérifier s'il existe des différences entre les hommes et les femmes quant à ces deux dimensions et si le sens explique une part additionnelle de la variance de la qualité de vie lorsque l'on tient compte du genre et du niveau de douleur. L'étude a été réalisée auprès de 29 personnes atteintes du cancer qui ont complété une entrevue semi-structurée et trois questionnaires, soit l'Échelle de construction de sens (Fife, 1995), l'Évaluation fonctionnelle de la thérapie pour le cancer (Cella et al., 1993), qui évalue la qualité de vie, et un questionnaire d'informations générales sur le type de cancer, les traitements et le niveau de douleur. Les analyses comparatives ont révélé que les femmes ont une qualité de vie plus élevée que les hommes, mais que la différence quant au sens donné au cancer n'atteint pas le seuil de signification, bien que, selon les données qualitatives, les femmes semblent reconnaître davantage de conséquences positives à leur maladie que les hommes. La régression multiple hiérarchique a révélé qu'en contrôlant le genre et le niveau de douleur, le sens donné au cancer influence et explique une part additionnelle significative de la variance de la qualité de vie globale. Cette étude souligne qu'une importance particulière devrait être accordée à la recherche de sens chez les individus atteints du cancer tout en adaptant l'intervention au genre de la personne.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Contexte théorique .....	4
Définitions du concept de sens .....	6
Perception du cancer et qualité de vie .....	8
Stratégies d'adaptation .....	10
La construction de sens.....	12
Perceptions du cancer .....	15
Différences entre les hommes et les femmes quant au sens donné au cancer .....	16
La qualité de vie .....	18
Conséquences d'un diagnostic de cancer sur la qualité de vie.....	20
Différences entre les hommes et les femmes quant à leur qualité de vie .....	21
Conclusions générales des études sur le sens et la qualité de vie.....	24
Objectifs de l'étude.....	25
Méthode .....	27
Devis de recherche.....	28
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	28
Recrutement des participants.....	29
Participants .....	30

Instruments de mesure .....	34
Plan d'analyse.....	37
Résultats .....	38
Différences entre les hommes et les femmes.....	39
Lien entre le sens et la qualité de vie.....	40
Contribution du sens à la qualité de vie.....	42
Analyses qualitatives .....	46
Discussion .....	55
Forces et limites de l'étude.....	60
Retombées pratiques.....	62
Recherches futures.....	64
Conclusion .....	65
Références.....	67
Appendice A Formulaire d'information et de consentement.....	76
Appendice B Questionnaire d'informations générales.....	80
Appendice C Échelle de construction de sens.....	83
Appendice D Évaluation fonctionnelle de la thérapie pour le cancer .....	85
Appendice E Entrevue semi-structurée.....	89

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Caractéristiques des hommes et des femmes de l'échantillon.....	32
2	Comparaisons entre les hommes et les femmes des moyennes de sens et la qualité de vie.....	41
3	Corrélations entre le sens donné au cancer et la qualité de vie globale ainsi que ses dimensions.....	42
4	Analyses de régressions multiples hiérarchiques.....	43

## **Remerciements**

Je désire exprimer ma gratitude à l'égard de ma directrice d'essai, madame Sylvie Lapierre, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son précieux soutien dans la rédaction de cet essai. Je souhaite aussi remercier madame Luce Girard, directrice du Centre régional et Hôtellerie de la Mauricie, pour son aide pour le recrutement des participants. J'aimerais aussi remercier tous les participants de l'étude pour le temps précieux qu'ils m'ont consacré. Je désire remercier mon père, ma mère, ma sœur, Pierre-Olivier Gagnon et Carol Dupuis pour leur soutien et leur encouragement dans les périodes plus difficiles. Finalement, je veux remercier ma grand-mère, Anne-Marie Boucher, et mon grand-père, Jean-Marie Raymond, qui sont décédés du cancer et qui m'ont grandement inspirée dans le choix de mon sujet d'essai.



## **Introduction**

Le cancer est la première cause de décès au Canada. En moyenne, vingt Canadiens par jour ont reçu un diagnostic de cancer et 75 000 individus sont décédés de cette maladie en 2011 (Société canadienne du cancer, 2011). Au-delà de l'organe touché et du poids des traitements, cette maladie a des répercussions importantes, que ce soit sur la vie intime, familiale et sociale, sur la dimension professionnelle, sur l'image corporelle et l'estime de soi. Le cancer semble donc avoir un impact négatif sur la qualité de vie des individus (Montazeri, Milroy, Hole, McEwen, & Gillis, 2003; Phipps, Braitman, Stites, & Leighton, 2008; Ramsey, Berry, Moinpour, Giedzinska, & Andersen, 2002; Schag, Ganz, Wing, Sim, & Lee, 1994). D'ailleurs, les études ont relevé que plusieurs variables peuvent influencer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer, les plus fréquemment mentionnées étant : la fatigue, les nausées, les vomissements (Jordhoy et al., 2001), les problèmes sur le plan sexuel, l'image corporelle (Phipps et al., 2008), la capacité à accomplir les activités quotidiennes, les relations familiales et sociales (Greimel, Padilla & Grant, 1998), la douleur (Black et al., 2011; Deng et al., 2012; Gerbershagen et al., 2008; Pud, 2011) et surtout le sens donné au cancer qui sera l'objet de la présente étude (Downe-Wamboldt, Butler, & Coulter, 2006; Foley et al., 2006; Henderson, 2003; Krongrad et al., 1997).

Selon Neimeyer (2001), c'est en donnant un sens à leur cancer que les personnes peuvent peu à peu s'adapter à la maladie. Ainsi, c'est en mettant en perspective

l'importance et l'impact du cancer sur leur identité et leur avenir qu'elles peuvent en venir à donner un sens à la maladie. De plus, des recherches observent certaines différences entre les hommes et les femmes quant au sens donné au cancer et à la qualité de vie (Fife, 1994; Thomé, Dykes, & Hallberg, 2004). Il serait donc pertinent de s'intéresser à nouveau au sens donné au cancer et à son effet sur la qualité de vie, mais cette fois en tenant compte du rôle du genre et du niveau de douleur dans cette relation. Les résultats de cette étude pourraient permettre aux intervenants de considérer l'importance de la recherche de sens pour l'amélioration de la qualité de vie des individus atteints par cette maladie.

La première section de cet essai fera état des études effectuées sur le sens donné au cancer et sur la qualité de vie. Cette section sera suivie de la méthode, où seront présentés le devis de recherche, les critères d'inclusion et d'exclusion, le recrutement des participants, les instruments de mesure ainsi que le plan des analyses. Les résultats des analyses quantitatives et qualitatives seront par la suite exposés dans la troisième section. Une discussion sur les résultats suivra, avec une présentation des forces et faiblesses de l'étude, des retombées pratiques et des avenues de recherches futures.

## **Contexte théorique**

En 2011, près de 177 800 nouveaux cas de cancer et 75 000 décès sont survenus au Canada. Les hommes ont été plus nombreux que les femmes à recevoir un diagnostic de cancer (51,7 % contre 48,3 %) et à mourir de cette maladie (52,5 % contre 47,5 %). Chez les Canadiens, il semble que le cancer de la peau (autre que le mélanome) soit le type de cancer le plus souvent diagnostiqué. Ce type de cancer est toutefois responsable de très peu de décès. Le cancer du poumon arrive au deuxième rang en terme de fréquence chez les Canadiens, tandis que le cancer colorectal arrive au troisième rang. Chez l'homme, le cancer le plus fréquent est celui de la prostate, tandis que chez la femme, il s'agit du cancer du sein. Les cancers du sein, du poumon, de la prostate ainsi que le cancer colorectal représentent près de la moitié de tous les cancers diagnostiqués au Canada, en 2011. Le cancer du poumon demeure toutefois la première cause de tous les décès, tant chez les hommes que chez les femmes (Société canadienne du cancer, 2011).

Les individus atteints d'un cancer doivent souvent faire face à la perte de leurs capacités physiques et du contrôle sur leur vie, à une réorientation de leurs buts personnels et à des changements quant aux rôles sociaux, à l'apparence physique et à l'identité (Mitchell, 2006). L'apparition d'un cancer tend également à ébranler certaines croyances de base des individus. En effet, un événement comme le cancer peut entraîner la perte du sentiment que la vie a un sens, qu'elle est juste et contrôlable

(Janoff-Bulman, 1989). Les différentes pertes associées à cette maladie représentent une menace sévère pour la façon dont les individus se perçoivent et perçoivent le monde et ceux-ci ont souvent besoin de lui donner un sens pour s'y adapter (Neimeyer, 2001).

### **Définitions du concept de sens**

Le concept de sens est défini de différentes façons dans les écrits scientifiques. Sept définitions seront présentées ici. D'abord, le concept de sens peut être défini comme une orientation générale de vie. Ainsi, la quête de sens dans la vie est associée aux buts fixés par un individu, à ses valeurs, à son sentiment d'efficacité et à son estime de soi (Baumeister & Vohs, 2005). Le concept de sens peut aussi correspondre à une attribution causale (Thompson, 1991). Un individu peut alors donner un sens à un événement quelconque en tentant d'en expliquer la cause. Dans le cas du cancer, certains individus donnent un sens à leur maladie en attribuant sa cause à des dimensions spécifiques comme l'hérédité, la pollution, leur style de vie ou le stress (Taylor, 1993). Le concept peut aussi référer à une attribution d'incidence sélective. Certaines personnes touchées par un événement ou une maladie quelconque peuvent en venir à avoir des questionnements existentiels qui les amènent à répondre à la question « Pourquoi moi? » (Thompson, 1991). Le concept de sens est également décrit comme étant l'attribution d'une responsabilité (Thompson, 1991). Ainsi, un individu peut donner un sens à sa maladie en déterminant qui ou quoi en est responsable et si cela est contrôlable ou non. Par exemple, si un individu juge que la pollution est la cause de son cancer, il peut déterminer que les usines sont les responsables et qu'il n'a aucun contrôle sur ces

dernières. Il est aussi possible de définir le concept de sens comme étant une activité adaptative par laquelle un individu tente de trouver des aspects favorables à l'événement (Thompson, 1985). Dans le cas du cancer, certains individus peuvent trouver des bénéfices à leur maladie en la voyant comme une occasion de grandir sur le plan personnel. Le concept de sens est également défini comme la conséquence du processus d'adaptation à un événement traumatique (Collins, Taylor, & Skokan, 1990). En effet, un événement comme le cancer peut entraîner des changements positifs dans la vie d'un individu, comme l'adoption d'un style de vie plus sain, une plus grande motivation à poursuivre des buts significatifs, une réorganisation des priorités et une plus grande appréciation des relations sociales (Taylor, 1993). Ces transformations donnent un sens à l'événement. Pour leur part, Park et Folkman (1984) définissent le sens donné à un événement par le processus d'évaluation cognitive qui détermine si cet événement est stressant ou non pour l'individu et la raison pour laquelle il l'évalue de cette façon. D'ailleurs, les premiers travaux sur le sens, réalisés par Lipowski (1970), ont porté sur l'établissement de catégories correspondant aux diverses manières dont une personne peut percevoir la maladie: une perte irréparable, une occasion de croissance personnelle, une faiblesse, une punition, un ennemi, un défi ou une façon d'obtenir du soutien ou de l'attention. Les catégories « ennemi », « défi » et « punition » ont aussi été relevées par des études plus récentes (Barkwell, 1991; Ferrell & Dean, 1995). Selon Xuereb et Dunlop (2003), le cancer peut aussi représenter une menace pour différents aspects de la vie des individus, comme leur famille, leur travail et leur vie personnelle.

Plusieurs facteurs peuvent influencer la perception et le sens donné au cancer. Tout d'abord, le cancer tend à être perçu comme une menace ou un ennemi, si l'individu considère qu'il manque de ressources pour le maîtriser (Lazarus, 1993) ou s'il a une faible confiance en lui-même (Ramfelt, Severinsson, & Lutzen, 2002). D'un autre côté, le cancer peut représenter un défi, si malgré la situation difficile, l'individu a confiance en sa capacité à gérer les exigences de la situation et de l'environnement (Ramfelt et al., 2002). D'ailleurs, parmi les facteurs qui semblent associés à la capacité à donner un sens positif au cancer, les chercheurs relèvent la confiance en soi et le soutien social (O'Connor, Wicker, & Germino, 1990) ainsi que l'optimisme (Thompson & Pitts, 1993).

### **Perception du cancer et qualité de vie**

Plusieurs études semblent indiquer que la manière dont les individus perçoivent leur maladie peut avoir une influence sur leur qualité de vie. Ainsi, lorsque la maladie est perçue négativement, la qualité de vie semble plus faible et inversement. Par exemple, Degner, Hack, O'Neil, et Kristanson (2003) ont constaté que les femmes atteintes du cancer du sein qui percevaient leur maladie comme une ennemie, une perte ou une punition manifestaient des niveaux de dépression et d'anxiété plus élevés ainsi qu'une qualité de vie plus faible (sur les plans social, cognitif, émotionnel et global) comparativement à celles qui la percevaient positivement. Une autre étude a révélé qu'une perception négative du cancer était reliée à de la douleur et à de l'isolement social, ce qui réduisait significativement la qualité de vie des individus (Foley et al.,



2006). Les hommes atteints d'un cancer de la prostate qui donnaient un sens négatif à leur maladie, en la considérant comme un obstacle ou une épreuve imposée, avaient tendance également à rapporter une qualité de vie plus pauvre (Krongrad et al., 1997).

D'un autre côté, Barkwell (1991) a noté que les individus qui donnaient un sens positif à leur cancer, en le voyant comme un défi à surmonter, avaient tendance à avoir des scores moins élevés aux niveaux de la douleur (bien-être physique) et de la dépression (bien-être émotionnel) ainsi que des scores plus élevés d'adaptation, comparativement aux individus qui considéraient leur cancer comme un ennemi ou une punition. La capacité à donner un sens positif au cancer a aussi été associée à un bas niveau d'anxiété (Lewis, 1989) et à l'espoir (Post-White et al., 1996). Une autre étude, réalisée auprès de gens souffrant de divers cancers, a révélé que ceux qui évaluaient leur maladie comme une occasion de croissance personnelle rapportaient avoir une qualité de vie plus satisfaisante que ceux qui percevaient négativement leur cancer et qui éprouvaient du ressentiment (Foley et al., 2006). L'étude de Henderson (2003), effectuée auprès d'hommes ayant un cancer de la prostate, a aussi révélé que le fait de donner un sens positif (défi possible à relever) au cancer était associé à des niveaux élevés de bien-être émotionnel et de bien-être fonctionnel. En effet, la qualité de vie des individus tend à être supérieure, lorsque la maladie est perçue comme étant gérable.

Les perceptions que les individus peuvent avoir de leur maladie semblent donc avoir des conséquences négatives et positives sur leur qualité de vie (bien-être émotionnel, physique et fonctionnel). Dans une étude effectuée auprès de 85 individus ayant un

cancer des poumons, les résultats d'une régression linéaire ont démontré que la qualité de vie semble être prédite principalement par le sens donné à la maladie. Plus précisément, cette étude a révélé que le fait de percevoir la maladie comme étant un obstacle surmontable prédit une qualité de vie supérieure. Le sens donné au cancer était évalué à partir du Meaning of Illness Questionnaire (MIQ) (Downe-Wamboldt et al., 2006).

### **Stratégies d'adaptation**

Park et Folkman (1997) ont proposé une théorie qui intègre les notions de sens global et situationnel. Selon ces auteurs, le sens global réfère aux croyances durables et aux buts valorisés par une personne, tandis que le sens situationnel réfère à l'interaction entre le sens global et les circonstances particulières d'un événement. Pour ce qui est du sens situationnel, une évaluation initiale de la signification de l'événement permet d'abord de déterminer si l'événement est perçu comme un stress ou une menace. Cette évaluation initiale est influencée par les processus d'attribution causale, d'incidence sélective et de responsabilité, décrits précédemment. Lorsque l'événement est évalué comme étant stressant ou menaçant, une recherche de sens s'effectuerait par un processus dont le but est de réduire l'écart entre l'évaluation initiale de la signification de l'événement et le sens global (croyances et buts de l'individu). Pour réduire cet écart, il est possible de modifier soit l'évaluation initiale de l'événement, soit le sens global. D'un côté, des modifications de l'évaluation initiale peuvent être faites de cinq façons.

1. Un changement des attributions causales, d'incidence sélective et de responsabilité

peut rendre l'évaluation initiale plus congruente avec les croyances et les buts de l'individu. 2. Il est aussi possible de modifier l'évaluation initiale en tentant de trouver des aspects favorables à l'événement. 3. Il peut également y avoir modification de l'évaluation initiale, en valorisant les capacités de l'individu qui ne sont pas touchées par le cancer. 4. En se comparant à d'autres individus ou à des situations plus pénibles que la sienne, un individu peut aussi arriver à changer son évaluation initiale de l'événement. 5. Finalement, il est possible d'apporter des changements quant à l'évaluation initiale en voyant l'événement dans une perspective à long terme et en tentant de l'aborder avec humour.

D'un autre côté, l'individu peut modifier son sens global (croyances et buts) afin de réduire l'écart entre ce dernier et l'évaluation initiale de la signification de l'événement. Il peut le faire de trois façons. 1. Le sens global peut être modifié par un changement de ses croyances à propos du monde afin de rendre celles-ci moins idéalisées. 2. Une réflexion religieuse peut aussi lui permettre de répondre à ses interrogations sur l'apparition de sa maladie. 3. La modification du sens global peut également s'effectuer chez l'individu par une révision de ses buts ou priorités.

En résumé, le processus d'adaptation, visant à réduire cet écart entre l'évaluation initiale et le sens global, peut donc avoir des conséquences positives ou négatives. Ainsi, la personne qui s'ajuste peut améliorer ses ressources sociales et personnelles et développer de nouvelles habiletés. Lorsque les conséquences de ce processus sont

négatives, elles peuvent mener à un sentiment de vulnérabilité, de perte de contrôle et d'incertitude face à l'avenir (Park & Folkman, 1997).

### **La construction du sens**

De son côté, Fife (1994) développe un modèle sur le processus de construction de sens en réponse à une maladie en intégrant la théorie de l'interactionnisme symbolique de Stryker (1980). Cette théorie s'intéresse à la façon dont les événements sont interprétés par les individus et affirme que ces derniers tentent de donner du sens aux événements qui surviennent dans leur vie afin qu'il y ait une cohérence entre les représentations mentales de leur vie (croyances et buts) et l'apparition de ces événements (White & Klein, 2002). Selon Fife (1994), le sens donné au cancer est une réponse cognitive spécifique à une situation particulière et cette réponse varie sur un continuum allant de positif à négatif. Le sens qu'un individu attribue à un événement est par ailleurs basé sur sa culture, ses expériences passées, ses connaissances et ses croyances (Fife, 1994). La démarche qui permet de donner un sens à un événement comme le cancer implique un effort pour mettre en perspective l'importance et l'impact de cette maladie pour l'identité et l'avenir de l'individu. La maladie enclenche donc chez l'individu un processus d'adaptation (voir Figure 1) afin de lui permettre de regagner un certain sentiment de contrôle sur sa vie par l'utilisation des différentes stratégies cognitives d'adaptation (Park & Folkman, 1997), décrites précédemment, qui visaient la réduction de l'écart entre l'évaluation initiale de la signification de l'événement et le sens global. Fife (1994) ajoute le déni à ces stratégies puisqu'il est très

utilisé afin de minimiser la menace de la maladie. Après avoir utilisé différentes stratégies d'adaptation, l'individu tente de construire un sens à sa maladie à partir de sa perception de ses effets sur différents aspects de son identité, comme son sentiment de contrôle, de compétence et de pouvoir, son estime de soi et son image corporelle. À partir de ce sens, l'individu redéfinit son identité, ce qui influence par la suite sa perception de son futur. L'individu tente aussi de construire un sens contextuel à sa maladie à partir de sa perception des caractéristiques de l'événement et des circonstances sociales. Le sens contextuel amène l'individu à redéfinir ses relations interpersonnelles, ses buts, ses rôles sociaux, ce qui influence sa perception du futur, cette fois par rapport à son monde social. Les réactions de l'entourage face à la maladie de l'individu vont aussi avoir un impact sur son sentiment de pouvoir, de compétence et sur son estime de soi. Le sens que l'individu va donner à un événement comme le cancer va donc redéfinir, en partie, son identité et sa place dans le monde (Fife, 1994). Dans cet essai, le concept de sens qui sera privilégié est celui élaboré par Fife (1994) qui réfère à la perception d'un individu quant à la signification de son cancer par rapport à son identité, ses relations interpersonnelles et à son avenir. Plus spécifiquement, il concerne les perceptions d'un individu quant à sa capacité à accomplir ses projets futurs, à entretenir des relations interpersonnelles satisfaisantes et à maintenir un sentiment de vitalité, de pouvoir et de compétence. Ces perceptions découlent de la construction de sens (réponse cognitive) face à la maladie.

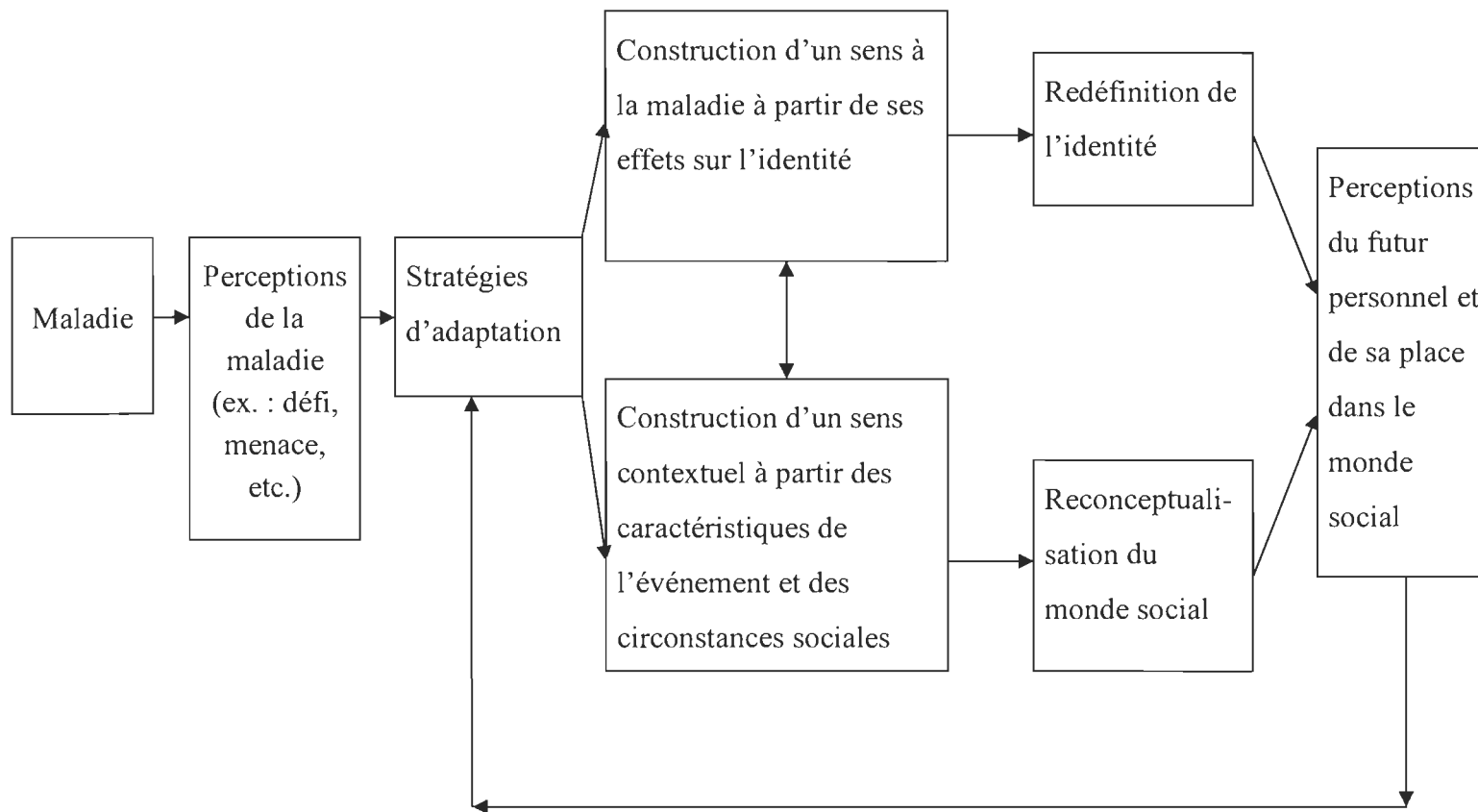


Figure 1. Le processus de la construction de sens en réponse à une maladie (Fife, 1994).

### **Perceptions du cancer**

Après avoir présenté le processus de construction du sens, il semble pertinent d'explorer plus en profondeur l'expérience respective des femmes et des hommes face au cancer. Plusieurs études se sont intéressées à l'expérience des femmes atteintes du cancer. Elles ont révélé qu'un plus grand nombre de femmes atteintes du cancer du sein tendent à percevoir leur maladie comme un défi et une occasion de croissance personnelle plutôt qu'un ennemi (Degner et al., 2003; Wallberg et al., 2003). Des résultats comparables ont été observés dans une étude effectuée auprès de femmes atteintes d'un cancer des poumons. En effet, un plus grand nombre de femmes (63%) tendaient à donner un sens positif à leur cancer plutôt que de le considérer comme une punition, un ennemi, une faiblesse ou une perte irréparable (Sarna et al., 2005). Utley (1999) a aussi rapporté que certaines femmes tendent à percevoir de façon positive leur cancer du sein en le considérant comme quelque chose de transformateur. Il est donc possible d'envisager que le cancer peut avoir un sens positif pour certaines femmes.

D'un autre côté, des études ont démontré que le cancer pouvait être interprété de manière négative par les femmes. En effet, une étude menée auprès de 23 femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique a révélé qu'il avait été perçu comme une perte, particulièrement pour ce qui est de l'apparence, du fonctionnement physique, de l'identité, des relations interpersonnelles, du contrôle de sa propre vie et de son corps (Mitchell, 2006). Il appert que les femmes étant à un stade plus avancé de cancer avaient eu tendance à le considérer davantage comme un ennemi, une punition, une faiblesse ou une perte, comparativement aux femmes à un stade plus précoce de la maladie

(Wallberg et al., 2003). Une autre étude effectuée auprès de femmes ayant un cancer des ovaires a révélé qu'elles le percevaient comme une insulte à leur féminité (Ferrell, Smith, Juarez, & Melancon, 2003). Utley (1999) ajoute que certaines femmes de son étude avaient considéré leur cancer comme une annonce de mort. D'ailleurs, plusieurs études ont rapporté que le cancer tend à être perçu comme une confrontation avec la mort entraînant une prise de conscience de sa propre mortalité (Carter, 1993; Halstead & Hull, 2001; Lam & Fielding, 2003; Landmark, Strandmark, & Wahl, 2001; Mahon & Casperson, 1997; Matthews, Lannin, & Mitchell, 1994; Nelson, 1996; Olsson, Bergbom, & Bosaeus, 2002; Pelusi, 1997; Ramfelt et al., 2002).

Pour ce qui est du sens que les hommes tendent à donner au cancer, seulement deux études, à notre connaissance, ont été effectuées auprès d'échantillons uniquement masculin. Des hommes souffrant d'un cancer de la prostate avaient tendance à percevoir leur maladie comme un obstacle entravant leur vie (Krongrad et al., 1997), alors que chez des hommes atteints d'un cancer buccal, les chercheurs ont observé que la maladie semblait perçue comme un défi à relever quant à l'accomplissement des activités quotidiennes, aux relations interpersonnelles et à l'estime de soi (Hu, Cooke, & McCarty, 2009).

### **Différences entre les hommes et les femmes quant au sens donné au cancer**

Les études portant sur les différences entre les hommes et les femmes quant au sens donné au cancer sont également peu nombreuses. Deux études ont comparé les genres



sur le plan de leur perception de leur maladie. L'étude de Foley et al. (2006), conduite auprès de 32 femmes et 26 hommes atteints du cancer, a révélé que, comparativement aux hommes qui tendent à considérer leur cancer comme ayant peu d'impact sur leur vie, les femmes perçoivent leur cancer comme une façon de grandir intérieurement. Une autre étude effectuée auprès de participants originaires d'Asie a indiqué que, chez les hommes, le cancer leur a permis de se sentir vivant, tandis que les femmes ont perçu leur cancer comme un défi (Kim, Shin, Kim, Chee, & Im, 2006).

De leur côté, l'étude de Fife, Kennedy et Robinson (1994) s'est intéressée à la signification du cancer et à son impact sur l'identité, les relations interpersonnelles et l'avenir des malades. Conduite auprès de 125 hommes et 206 femmes atteints de différents types de cancer, l'étude a révélé que les hommes avaient un score moins élevé que les femmes à l'Échelle de construction de sens, indiquant qu'ils semblaient donner un sens plus négatif à leur expérience du cancer que les femmes. Plus précisément, les hommes considéraient que leur cancer avait un impact plus négatif sur leur sentiment de contrôle, leur estime de soi et leur image corporelle que les femmes. De leur côté, les femmes considéraient de façon plus positive l'impact de leur maladie sur leur estime de soi, leurs buts futurs et leurs relations familiales et sociales. De façon générale, les études disponibles semblent indiquer que les femmes perçoivent de façon plus positive leur expérience du cancer que les hommes.

### **La qualité de vie**

Les experts en oncologie ont grandement discuté du concept de qualité de vie (Aaronson, Cull, Kaaaa, & Sprangers, 1994; Cella, 1994; Holland, 1992; Mckennell & Andrewa, 1983; Schipper & Levitt, 1985; Tope, Ahles, & Silberfarb, 1993; Zimpfer, 1992). Ce terme décrit l'expérience subjective des individus et réfère à leur évaluation et à leur satisfaction quant à leur niveau de fonctionnement dans les différentes sphères (ex. travail, relation interpersonnelle, etc.) de leur vie (Cella, 1994; Holland, 1992; Tope et al., 1993). Les niveaux de fonctionnement actuels sont comparés avec les niveaux idéaux de fonctionnement, tels que déterminés par l'individu. Des différences entre les deux niveaux de fonctionnement indiquent un manque ou un besoin dans certaines sphères et correspondent à une faible satisfaction par rapport à la qualité de la vie (Calman, 1984; Cella, 1994; Holland, 1992).

Plusieurs auteurs considèrent qu'il est important d'inclure les quatre composantes suivantes pour évaluer la qualité de vie des individus ayant une maladie, soit le bien-être physique, le bien-être fonctionnel, le bien-être social et le bien-être émotionnel (Aaronson et al., 1994; Anderson, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1994; Costain, Hewison, & Howes, 1993; Schipper, 1990; Schipper & Levitt, 1985; Tope et al., 1993; Zimpfer, 1992). D'autres auteurs préfèrent ajouter d'autres dimensions pour mesurer la qualité de vie, comme l'occupation (Schipper, 1990), la spiritualité ou la religiosité (Fitchett, Peterman, & Cella, 1996; Lillitson, Brown, & Schliebe, 1982; Tope et al., 1993; Zimpfer, 1992), l'image de soi et le fonctionnement sexuel (Aaronson, 1991; Singer-Kaplan, 1992), le bien-être familial et la satisfaction par rapport aux traitements (Cella,

1998). Toutefois, ces dimensions n'ont pas été acceptées unanimement par les auteurs comparativement aux quatre dimensions mentionnées précédemment. Dans cet essai, la définition du concept de qualité de vie qui sera privilégiée sera celle qui la considère comme un construit multidimensionnel qui incorpore le bien-être physique, le bien-être fonctionnel, le bien-être social et le bien-être émotionnel des individus ayant le cancer.

La composante du bien-être physique comprend les changements corporels perçus par l'individu (Cella, 1994). Plus spécifiquement, cette dimension réfère à la douleur, aux nausées, à la fatigue (Cella, 1994; Schipper & Levitt, 1985), au gain ou à la perte de poids, à la perte des cheveux ainsi qu'à toutes sensations physiques associées à la maladie ou aux effets secondaires des traitements (Singer-Kaplan, 1992).

Le bien-être fonctionnel, pour sa part, réfère à la capacité à effectuer par soi-même des activités reliées aux besoins personnels, aux aspirations et aux rôles sociaux (Cella, 1994; Stewart, Ware, & Brook, 1981). Il y a différents types d'activités associées au bien-être fonctionnel : les soins personnels (se nourrir, se laver, s'habiller), la mobilité (à l'intérieur et à l'extérieur du domicile et dans la communauté), les activités physiques (courir et marcher), les activités utiles ou rôles (travailler, aller à l'école, faire des travaux ménagers) et les loisirs (Stewart et al., 1981).

Une troisième dimension de la qualité de vie, soit le bien-être social, réfère au soutien social perçu par l'individu et aux relations qu'il entretient avec sa famille et ses amis. Cette dimension comprend aussi la capacité d'une personne à maintenir des

relations intimes et sexuelles avec un partenaire (Cella, 1994; Holland, 1992; Tope et al., 1993).

Finalement, le bien-être émotionnel inclut les affects positifs et négatifs vécus par les individus atteints d'un cancer (Cella, 1994). Cette dimension inclut aussi l'anxiété et la dépression (Schipper, 1990).

### **Conséquences d'un cancer sur la qualité de vie**

Dès l'annonce du diagnostic de cancer, la qualité de vie des individus est ébranlée. Ainsi, Montazeri et son équipe (2003) ont observé une diminution de la qualité de vie globale et du fonctionnement de leurs participants atteints d'un cancer du poumon peu de temps après avoir reçu leur diagnostic. Les études effectuées auprès d'individus atteints d'un cancer du côlon ont révélé que la maladie est la cause d'un manque d'énergie, de problèmes sur le plan sexuel, de problèmes d'intestin (constipation et diarrhée), d'une image négative du corps et de détresse émotionnelles (Phipps et al., 2008) et que la qualité de vie de leurs participants était moins élevée dans les trois premières années suivant leur diagnostic que dans les trois années suivantes sans doute parce que les individus s'adaptent à leur situation (Ramsey et al., 2002; Schag et al., 1994). Toutefois, l'étude de Borman (2000) a indiqué que les individus atteints de différents types de cancer à un stade avancé de la maladie tendent au contraire à rapporter une moins bonne qualité de vie que ceux à un stade plus précoce. Les gens qui sont à un stade avancé de la maladie rapportent souvent un niveau de douleur plus élevé,

une plus grande incapacité à fonctionner et moins d'espoir de combattre leur maladie que ceux à un stade plus précoce.

### **Différences entre les hommes et les femmes quant à leur qualité de vie**

Bien que le cancer semble affecter la qualité de vie d'un bon nombre d'individus atteints par cette maladie, il faut se demander s'il affecte de la même façon la qualité de vie des hommes et des femmes. Une étude menée par Thomé et al. (2004) a indiqué que les femmes souffrant de différents types de cancer (sein, utérus, gastro-intestinal, peau, etc.) tendent à rapporter des scores moins élevés que les hommes pour ce qui est des composantes physique et mentale de la qualité de vie. Les femmes dans cette étude rapportaient toutefois des problèmes financiers plus importants que les hommes, ce qui pouvait aussi affecter leur qualité de vie. En effet, il est possible de penser que des problèmes financiers ajoutés à un diagnostic de cancer peuvent avoir une influence plus négative sur la qualité de vie. D'autre part, une équipe de recherche a soutenu que les hommes à un stade avancé du cancer avaient tendance à présenter un meilleur fonctionnement physique, moins de fatigue, de nausées et de vomissements comparativement aux femmes (Jordhoy et al., 2001). Les femmes dans cette étude rapportaient des niveaux de solitude et de peur plus élevés et une situation économique plus difficile que les hommes, ce qui pourrait expliquer qu'elles aient un score moins élevé de qualité de vie que les hommes. Après avoir contrôlé l'âge et le stade de la maladie, les résultats d'une étude, réalisée auprès d'individus atteints de différents types de cancer, ont indiqué que les hommes rapportaient significativement plus de limitations

pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et moins de ressources sociales que les femmes (Greimel et al., 1998).

Pour ce qui est du cancer colorectal, des différences significatives entre les hommes et les femmes ont été remarquées par rapport au fonctionnement physique, émotionnel, cognitif et global. En effet, les hommes présentaient des scores plus élevés que les femmes pour chacune de ces dimensions. Les femmes rapportaient aussi plus de fatigue, de nausées/vomissements, de douleur, de dyspnée, de difficultés de sommeil et de perte d'appétit comparativement aux hommes, mais elles avaient moins de diarrhées (Giesinger et al., 2009). Les femmes atteintes d'un cancer du côlon rapportaient également plus de difficultés à accomplir leurs activités quotidiennes à cause de problèmes physiques et de douleur comparativement aux hommes (Phipps et al., 2008).

Pour ce qui est du cancer du cerveau, les femmes rapportaient une moins bonne qualité de vie que les hommes souffrant de cette maladie et elles semblaient être plus déprimées que ces derniers (Mainio, Hakko, Niemelä, Koivukongas, & Räsänen, 2006). Mainio et al. (2006) soulignent que la diminution de la qualité de vie semble être fortement associée à la dépression, et ce, particulièrement chez les patients ayant une tumeur au cerveau.

Une étude longitudinale effectuée auprès de 519 individus ayant un cancer du rectum a révélé, qu'après une chirurgie, les femmes rapportaient également avoir une qualité de vie inférieure aux hommes (Schmidt et al., 2005). En effet, les femmes ont des

scores plus faibles que les hommes aux échelles de qualité de vie mesurant le fonctionnement physique et la santé globale. Dans cette étude, les femmes rapportaient également plus de fatigue, de stress, de difficultés de sommeil et de diarrhées que les hommes (Schmidt et al., 2005).

Dans un échantillon d'individus souffrant de leucémie lymphocytaire chronique, les femmes démontraient un bien-être physique, émotionnel et fonctionnel inférieur aux hommes, de même qu'une qualité de vie globale plus faible que ceux-ci (Holzner et al., 2004). Aussi, la fatigue, la nausée, la douleur, la perte d'appétit, la constipation et l'impact financier étaient rapportés de façon plus prononcée chez les femmes comparativement aux hommes.

Malgré le fait que plusieurs études aient rapporté une différence significative entre les hommes et les femmes quant à la qualité de vie, certaines études ont démontré qu'il n'y avait pas de différence. En effet, l'étude de Fife (1994), réalisée auprès de 125 hommes et 206 femmes, n'a pas observé de différence significative entre les hommes et les femmes quant à leur degré de dépression, d'anxiété, de colère et de fatigue. Une autre étude, effectuée auprès de 182 individus ayant un cancer des poumons, n'a pas constaté de différence significative entre les hommes et les femmes quant à la qualité de leur vie sur le plan du bien-être physique et fonctionnel (Sabain, 2009). Des chercheurs japonais n'ont pas relevé de différence significative entre des hommes et des femmes atteints d'un cancer localisé dans la région du cou et de la tête quant à la qualité de vie sur les plans de la capacité à communiquer, de la douleur, des soins personnels et des

émotions (Onakoya, Nwaorgu, Adenipekun, Aluko, & Ibekwe, 2006). Selon une autre étude, aucune différence significative n'a été observée entre les hommes et les femmes, un an après qu'ils aient reçu un diagnostic de cancer colorectal, quant à la qualité de vie sur les plans du fonctionnement physique, de l'exercice des rôles et du bien-être émotionnel, cognitif et social (Arndt, Merx, Stegmaier, Ziegler, & Brenner, 2004). Greimel et al. (1998) concluent aussi à une absence de différence significative entre les hommes et les femmes quant à la qualité de vie globale, la santé émotionnelle et la santé physique perçue.

### **Conclusions générales des études sur le sens et la qualité de vie**

En faisant un survol des différentes études qui ont été présentées préalablement, il est possible de faire certains constats. Les individus peuvent accorder un sens positif (défi, occasion de croissance personnelle, impact positif sur l'identité et les relations interpersonnelles, vision positive du futur malgré la maladie, etc.) ou négatif (punition, ennemi, perte irréparable, faiblesse, sentiment de perte de contrôle, impact négatif sur l'identité et l'image corporelle, impossibilité de réaliser les projets d'avenir, etc.) à leur expérience du cancer. La perception que les malades peuvent avoir de leur cancer semble avoir une influence sur leur qualité de vie. Plusieurs études se sont intéressées à l'expérience des femmes atteintes du cancer, toutefois peu d'études se sont attardées à l'expérience des hommes. Il y a aussi peu de recherches qui ont vérifié les différences entre les hommes et les femmes quant au sens donné au cancer. Les quelques études à ce sujet semblent indiquer que les femmes semblent donner un sens plus positif à leur



cancer que les hommes. Par ailleurs, sur le plan de la qualité de vie, les études qui rapportent des différences significatives entre les hommes et les femmes, montrent que les hommes semblent avoir une qualité de vie supérieure à celle des femmes. Il est ainsi possible de penser que le genre puisse avoir une influence sur le sens donné au cancer et sur la qualité de vie des individus atteints par cette maladie. Toutefois, il est paradoxal de constater que malgré le sens positif que les femmes semblent pouvoir donner à leur expérience du cancer, elles décrivent une qualité de vie inférieure aux hommes. Puisque plusieurs études ont révélé l'importance particulière que la douleur peut avoir sur la qualité de vie (Black et al., 2011; Deng et al., 2012; Gerbershagen et al., 2008; Green, Hart-Johnson, & Loeffler, 2011; Kroenke et al., 2010; Pud, 2011; Rustoen, Moum, Padilla, Paul, & Miaskowski, 2005), il semble pertinent de tenir compte de cette variable dans une étude portant sur le sens et la qualité de vie des personnes atteintes de cancer. Finalement, la recension des écrits indique aussi qu'aucune étude portant sur le sens accordé au cancer n'a été réalisée auprès d'un échantillon québécois.

### **Objectifs de l'étude**

Le premier objectif de la présente étude est donc de vérifier la présence de différences entre les hommes et les femmes quant au sens donné au cancer et à la qualité de vie. Un second objectif est de vérifier l'existence d'une relation positive entre le sens et la qualité de vie. Le dernier objectif consiste à vérifier si le sens donné au cancer explique une part additionnelle de la variance de la qualité de vie lorsque l'on tient compte du genre et du niveau de douleur.

Trois hypothèses peuvent être formulées à la lumière des études empiriques précédentes. D'abord, il est possible de postuler qu'il y aura une différence entre les hommes et les femmes quant au sens donné au cancer et à la qualité de vie. La deuxième hypothèse prévoit une relation positive entre le sens donné au cancer et la qualité de vie. Ainsi, les individus qui donnent un sens positif à leur cancer rapporteront une qualité de vie plus élevée, et ce pour toutes les composantes. La troisième hypothèse postule que, lorsque l'on tient compte du genre et du niveau de douleur des individus, le sens donné au cancer expliquerait une part additionnelle de la variance de la qualité de vie.

## Méthode

La présente section porte sur la méthode employée pour réaliser l'étude sur la relation entre le sens donné au cancer et la qualité de vie des hommes et des femmes. Plus précisément, il sera question du devis de recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion utilisés dans la sélection des participants, des méthodes de recrutement, des instruments de mesure ainsi que le plan d'analyse prévu.

### **Devis de recherche**

Pour cette étude, un devis de recherche mixte a été privilégié. De fait, un volet quantitatif a été utilisé pour vérifier les trois hypothèses et un volet qualitatif a été utilisé pour documenter les différences de genre sur le plan de l'expérience du cancer. Cette étude est à la fois descriptive, mais aussi explicative, puisqu'elle vise à vérifier l'ampleur de la contribution du sens à la variance de la qualité de vie des personnes atteintes du cancer lorsque le genre et le niveau de la douleur sont tenus constants.

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Pour participer à l'étude, les individus devaient : 1) être âgés d'au moins 18 ans, 2) être atteints d'un cancer commun aux hommes et aux femmes (ex. : cancer du poumon, du foie, de la thyroïde, de la vessie, de l'estomac, du côlon, du rectum, du pancréas, du rein, de la bouche, etc.), affectant un ou plusieurs organes et 3) recevoir actuellement un

traitement (chimiothérapie et/ou radiothérapie). Les individus qui étaient atteints d'un cancer hormono-dépendant (ex. : cancer du sein, de la prostate, des ovaires, du col de l'utérus, du corps de l'utérus ou du testicule) étaient exclus puisque l'étude visait principalement à comparer les genres par rapport aux variables étudiées. De plus, les personnes qui étaient simultanément atteintes d'une autre maladie que le cancer et/ou qui étaient en rémission ou en traitement palliatif n'étaient pas invitées à participer à l'étude, pour limiter le nombre de variables confondantes.

### **Recrutement des participants**

La présente étude a été réalisée à partir d'un échantillon de convenance. Le recrutement des participants s'est fait en grande partie au Centre régional et Hôtellerie de la Mauricie. Après avoir obtenu l'autorisation de la Directrice générale du Centre, la responsable de la recherche s'est présentée à plusieurs reprises au « café-jasette » de l'établissement afin de rencontrer les résidents et leur remettre une lettre présentant l'étude et sollicitant leur participation. Les personnes intéressées à l'étude étaient invitées à entrer en contact avec la chercheuse soit par téléphone, par courrier électronique ou en personne lorsque cette dernière se rendait au Centre. Parmi les résidents rencontrés, dix individus ont refusé de participer à l'étude. Certains ont rapporté ne pas avoir suffisamment d'énergie pour compléter des questionnaires et d'autres ont dit ne pas être intéressés par l'étude. Après avoir vérifié si les individus intéressés à participer à la recherche rencontraient les critères d'inclusion, une rencontre était fixée avec ceux-ci afin qu'ils puissent compléter le formulaire de consentement, les

questionnaires et l'entrevue. Les rencontres avec différents résidents (22 personnes) ont toutes eu lieu au Centre régional et Hôtellerie de la Mauricie.

Une deuxième méthode de recrutement a été effectuée grâce à des affiches présentant le projet de recherche. Les affiches ont été placées à différents endroits (pharmacies et Université du Québec à Trois-Rivières). Les individus intéressés ont été invités à contacter la chercheuse par téléphone ou par courrier électronique. Celle-ci vérifiait alors si ces gens répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. Elle fixait ensuite une rencontre individuelle avec ceux qui répondaient aux critères et qui étaient intéressés à participer au projet (7 personnes) afin qu'ils puissent compléter le formulaire de consentement, les questionnaires et l'entrevue. La rencontre avait lieu dans un local de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Cette présente recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Un certificat portant le numéro CER-11-168-06.05 a été émis le 30 mai 2011. Le formulaire d'information et de consentement est présenté à l'Appendice A.

### **Participants**

L'échantillon est composé de 14 hommes et de 15 femmes qui reçoivent actuellement des traitements pour leur cancer. Le Tableau 1 compare les hommes et les femmes quant à certaines variables sociodémographiques et certaines variables associées

au cancer. L'âge moyen des participants de l'échantillon est de 65 ans ( $M = 65,28$ ;  $ÉT = 9,55$ ) et l'étendue des âges varie entre 45 ans et 89 ans. En ce qui a trait au statut civil, il appert que 62,1 % des répondants sont mariés ou conjoints de fait, 20,6 % sont divorcés, séparés ou célibataires et 17,2 % veufs. Ils ont en moyenne 11,1 années de scolarité ( $ÉT = 4,05$ ) et rapportent un niveau de satisfaction moyen de 2,72/4 ( $ÉT = 0,79$ ) quant à leur situation financière, ce qui indique qu'ils semblent relativement satisfaits. À noter, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes sur le plan de l'âge ( $t(27) = 0,20$ ,  $p = 0,85$ ), du statut civil ( $\chi^2(2, N = 29) = 2,44$ ,  $p = 0,30$ ), du nombre d'années de scolarité ( $t(27) = 0,58$ ,  $p = 0,56$ ) et du niveau de satisfaction quant à leur situation financière ( $t(27) = 0,40$ ,  $p = 0,70$ ).

Il appert que les individus de l'échantillon sont atteints de leur cancer depuis en moyenne 6,93 mois ( $ÉT = 3,57$ ). Ils ont reçu leur diagnostic depuis 2 à 16 mois. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes sur la durée de leur maladie depuis le diagnostic ( $t(27) = 1,61$ ,  $p = 0,12$ ). Dans le présent échantillon, 12 participants sont atteints d'un cancer touchant le système digestif (colorectal, intestin grêle, anus, estomac et pancréas), 7 répondants présentent un cancer du poumon, 5 participants ont un cancer relié au système urinaire (rein et vessie), 3 autres ont un cancer des ganglions, une personne a un cancer de la thyroïde et une autre a la leucémie. La majorité des participants ont un cancer où un seul organe est atteint (79,3 %), tandis que 20,7 % présente un cancer qui touche plus d'un organe. En ce qui a trait au type de traitement, 12 participants reçoivent de la radiothérapie et de la chimiothérapie, 12

Tableau 1

*Caractéristiques des hommes et des femmes de l'échantillon*

Variables	Hommes	Femmes	Total
	n = 14	n = 15	N = 29
Âge	65,64 ans	64,93 ans	65,28 ans
Statut civil			
Marié(e) ou conjoint(e) de fait	64,29 %	60 %	62,10 %
Célibataire, divorcé(e) ou séparé(e)	28,57 %	13,33 %	20,60 %
Veuf(ve)	7,14 %	26,67 %	17,20 %
Satisfaction de leur situation financière	2,67	2,79	2,72
Site de la tumeur			
Système digestif	42,86 %	40 %	41,20 %
Poumon	28,57 %	20 %	24,10 %
Système urinaire	7,14 %	26,67 %	17,20 %
Ganglions	14,29 %	6,67 %	10,30 %
Thyroïde	7,14 %	0 %	3,40 %
Leucémie	0 %	6,67 %	3,40 %



Tableau 1

*Caractéristiques des hommes et des femmes de l'échantillon (suite)*

Variabes	Hommes	Femmes	Total
	n = 14	n = 15	N = 29
Organes touchés			
Un seul organe	85,71 %	73,33 %	79,30 %
Plus d'un organe	14,29 %	26,67 %	20,70 %
Type de traitement			
Radiothérapie	35,71 %	46,67 %	41,40 %
Chimiothérapie	21,43 %	13,33 %	17,20 %
Radio+chimio	42,86 %	40 %	41,40 %
Satisfaction du soutien reçu	3,67	3,21	3,45

participants ont seulement des traitements de radiothérapie et 5 participants reçoivent seulement de la chimiothérapie. La majorité des répondants de l'étude rapporte ne pas faire partie d'un groupe de soutien (89,7 %) et ne pas suivre une thérapie individuelle (93,1 %). Pour ce qui est de leur satisfaction par rapport au soutien reçu de la part des gens de leur entourage, les répondants ont obtenu un score moyen de 3,45/4 ( $\acute{E}T = 0,87$ ), ce qui indique qu'ils sont assez satisfaits. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant à leur niveau de satisfaction à l'égard du soutien reçu ( $t(27) = 1,43, p = 0,17$ ).

### **Instruments de mesure**

La cueillette des données s'est effectuée du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 30 septembre 2011 par l'administration de trois questionnaires et d'une entrevue qui était enregistrée sur bande audio. Les données ont été recueillies en une seule rencontre qui durait de 30 à 50 minutes.

#### **Questionnaire d'informations générales**

Le questionnaire d'informations générales comportait 12 questions. Il permettait de recueillir des données sociodémographiques (âge, sexe, statut civil, nombre d'années de scolarité et situation financière), de l'information sur le cancer des participants (date du diagnostic de cancer, premier site de la tumeur, organe(s) atteint(s) et traitement reçu) et sur le soutien reçu par l'entourage. Le questionnaire est présenté à l'Appendice B.

#### **Échelle de construction de sens (Constructed Meaning Scale)**

Cet instrument a été élaboré par Fife en 1995 et évalue la perception d'un individu quant à l'impact de son cancer sur son identité, ses relations interpersonnelles et son futur. Cet instrument comporte 8 items qui sont mesurés sur une échelle de type Likert en quatre points variant de 1, « fortement en désaccord » à 4, « fortement en accord ». Le score total varie entre 8 et 32. Un score total élevé indique que la personne donne un sens positif à sa maladie. Deux études réalisées par Fife (1995, 2005) auprès d'individus souffrant de différents types de cancer, à différents stades de la maladie, ont révélé que l'instrument fait preuve d'une cohérence interne satisfaisante ( $\alpha = 0,81$  et  $\alpha = 0,89$ , respectivement) et d'une bonne validité de construit puisqu'il est sensible aux

différences entre les individus à différents stades de la maladie. L'analyse factorielle a aussi révélé l'existence de deux facteurs (identité/futur et relations interpersonnelles) qui expliquent 57,3 % de la variance totale. Étant donné qu'il n'existe aucune version française de l'instrument, il a dû être traduit. Dans un premier temps, trois chercheurs bilingues ont traduit le questionnaire en français, indépendamment les uns des autres. La chercheuse principale a ensuite regardé la concordance entre les trois traductions du questionnaire. Bien que la traduction du questionnaire n'ait pas été faite selon les sept étapes proposées par Vallerand (1989), une bonne validité de construit a tout de même été observée. Un alpha de Cronbach de 0,78 a été obtenu avec le présent échantillon, ce qui indique une fidélité acceptable. Le questionnaire est présenté à l'Appendice C.

### **Évaluation fonctionnelle de la thérapie pour le cancer**

L'évaluation fonctionnelle de la thérapie pour le cancer (Functional Assessment of Cancer Therapy) ou FACT-G évalue la qualité de vie. Il fait partie d'un système de mesures appelé FACIT (the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System), qui inclut différentes échelles de mesure validées et destinées à l'utilisation dans le contexte de maladies chroniques. Le développement du FACT-G a débuté en 1987 par le Dr. Cella et la première version a été finalisée en 1993 (Cella et al., 1993). Des versions modifiées ont été publiées par la suite. C'est en 1997 que la dernière version de cet instrument a été développée, tout en préservant la fidélité et la validité déjà établies lors des versions précédentes. La quatrième version du FACT-G comprend 27 items répartis sur quatre échelles, soit le bien-être physique (7 items), le

bien-être social et familial (7 items), le bien-être émotionnel (6 items) et le bien-être fonctionnel (7 items). Ces items sont mesurés sur une échelle de type Likert en cinq points variant de 0, « pas du tout » à 4, « énormément ». Le score total varie de 0 à 108. Un score élevé indique la perception d'une qualité de vie est élevée. Le questionnaire est présenté à l'Appendice D. La version française de l'instrument a été validée par Costet, Lapierre, Benhamou et Le Galès (2005), auprès d'une population française composée de 493 individus atteints de différents types de cancer. Les résultats de l'étude ont révélé que l'instrument a une bonne consistance interne puisque les alphas de Cronbach pour l'échelle globale (0,90) et les sous-échelles ( $>0,75$ ) sont satisfaisants. Dans le présent échantillon, un alpha de Cronbach de 0,94 pour la qualité de vie globale et des alphas variant entre 0,81 et 0,90 pour les sous-échelles ont été obtenus, ce qui indique que la fidélité de l'instrument est très satisfaisante.

### **Entrevue semi-structurée**

L'entrevue semi-structurée portait sur le sens donné au cancer et sur la qualité de vie. Plus précisément, cette entrevue visait à recueillir des informations sur l'impact de la maladie sur les relations sociales (membres de la famille, amis et collègues de travail), sur la perception de soi et sur les plans futurs. Ces thèmes se retrouvent dans l'Échelle de construction de sens et ont été approfondis pendant l'entrevue. Cette dernière permettait aussi de recueillir de l'information sur les aspects positifs et négatifs reliés au cancer, sur les causes perçues de la maladie, sur le sens donné à la maladie et sur la qualité de la vie de l'individu afin d'obtenir des informations plus détaillées sur les

thèmes abordés par les items des questionnaires. Les questions de l'entrevue sont présentées à l'Appendice E.

### **Plan d'analyse**

Dans cette étude transversale, les données quantitatives ont été soumises à des analyses comparatives (tests *t*) et corrélationnelles ainsi qu'à des analyses prédictives (régressions hiérarchiques). Pour ce qui est des données qualitatives, une analyse de contenu (thématique) a été réalisée, après avoir transcrit les enregistrements audio en verbatim. Globalement, cette analyse consiste à relever les différents thèmes abordés par les participants et à les catégoriser (Paillé & Mucchielli, 2003).

## Résultats

Cette section comporte quatre parties. La première partie présente les résultats portant sur les différences entre les hommes et les femmes à propos du sens qu'ils donnent au cancer et de leur perception de leur qualité de vie. La seconde partie concerne la relation entre le sens donné au cancer et la qualité de vie tandis que la troisième partie traite de la contribution du sens à la qualité de vie. Les analyses qualitatives sur les points communs et les différences entre les hommes et les femmes quant au sens donné au cancer et à leur qualité de vie constituent la quatrième et dernière partie de cette section.

### **Différences entre les hommes et les femmes**

Avant de vérifier l'hypothèse prédisant une différence de genre quant au sens donné au cancer et à la qualité de vie, il apparaît pertinent de présenter les scores moyens des participants aux échelles mesurant ces deux variables. Pour le sens donné au cancer, un score moyen de 2,70/4 ( $ET = 0,66$ ) a été établi, ce qui indique que dans l'ensemble, les participants peuvent accorder un sens positif à leur maladie, c'est-à-dire qu'ils croient qu'ils se remettront de leur cancer, qu'ils pourront reprendre la vie qu'ils avaient avant la maladie, que leurs relations avec les autres n'ont pas été affectées négativement par la maladie, que leur expérience avec le cancer a fait d'eux une meilleure personne et que la maladie n'a pas interféré avec l'atteinte des buts qu'ils s'étaient fixés. Pour ce qui est de

la qualité de vie, le score moyen est de 2,52/4 ( $ET = 0,83$ ), ce qui indique que la plupart des participants ont une qualité de vie assez satisfaisante. La qualité de vie des répondants est équivalente aux niveaux du bien-être physique ( $M = 2,56$ ;  $ET = 0,97$ ) et familial ( $M = 2,57$ ;  $ET = 0,9$ ), alors qu'il est plus élevé pour le bien-être émotionnel ( $M = 2,79$ ;  $ET = 1,03$ ). Les participants semblent toutefois avoir un bien-être fonctionnel plus faible ( $M = 2,19$ ;  $ET = 0,93$ ).

Des tests  $t$  pour échantillons indépendants ont été réalisés pour vérifier s'il existe une différence significative entre les hommes et les femmes quant aux deux variables étudiées (voir Tableau 2). Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant au sens donné au cancer bien que le score moyen soit plus élevé pour ces dernières. Toutefois, il existe une différence significative entre les hommes et les femmes par rapport à la qualité de vie. Les femmes rapportent un score moyen plus élevé que les hommes. Plus précisément, les analyses révèlent que les femmes présentent des scores moyens de bien-être familial/social et de bien-être fonctionnel significativement plus élevés que les hommes. Il ne semble toutefois pas y avoir de différence significative entre les hommes et les femmes quant aux sous-échelles de bien-être physique et émotionnel.

### **Lien entre sens et qualité de vie**

Des corrélations de Pearson ont été réalisées pour vérifier s'il existe un lien significatif entre le sens donné au cancer et les différentes dimensions de la qualité de



Tableau 2

*Comparaison entre les hommes et les femmes des moyennes de sens et de qualité de vie*

Variables	Femmes		Hommes		<i>t</i> (27)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Sens donné au cancer	2,89	0,51	2,50	0,75	1,65
Qualité de vie globale	2,83	0,79	2,18	0,77	2,25*
Bien-être physique	2,80	0,95	2,29	0,95	1,43
Bien-être familial/social	3,01	0,77	2,10	0,80	3,11**
Bien-être émotionnel	3,00	0,84	2,57	1,19	1,13
Bien-être fonctionnel	2,55	0,86	1,82	0,86	2,30*

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

vie des répondants (voir Tableau 3). Les résultats montrent qu'il existe un lien significatif positif et fort entre le sens donné au cancer et la qualité de vie globale ( $r(27) = 0,72$ ,  $p < 0,001$ ). En effet, les participants qui disent donner un sens positif à leur cancer semblent avoir une qualité de vie plus élevée. De plus, il existe des corrélations positives entre le sens donné au cancer et chacune des dimensions de la qualité de vie. En effet, les personnes qui trouvent un sens positif à leur cancer semblent

Tableau 3

*Corrélations entre le sens donné au cancer et la qualité de vie globale ainsi que ses dimensions*

Variables	Sens donné au cancer
Qualité de vie globale	0,72***
Bien-être physique	0,48**
Bien-être familial et social	0,58**
Bien-être émotionnel	0,75***
Bien-être fonctionnel	0,73***

\*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ .

rapporter des niveaux de bien-être physique, familial/social, émotionnel et fonctionnel plus élevés.

### **Contribution du sens à la qualité de vie**

Des analyses de régression hiérarchique ont été effectuées afin de vérifier si le sens donné au cancer contribue à l'explication de la variance de la qualité de vie globale et de chacune de ses dimensions si l'on tient compte du genre et de la douleur. Les résultats sont présentés dans le Tableau 4. Étant donné qu'il y a moins de 20 participants par variables étudiées, les résultats devront être interprétés avec prudence. Afin de tester la troisième hypothèse, le genre a été entré en premier dans l'équation, puis la douleur à la deuxième étape et finalement le sens à la troisième étape. Une première régression

Tableau 4

*Analyses de régressions multiples hiérarchiques*

	Qualité de vie		Bien-être		Bien-être		Bien-être		Bien-être	
	Globale		Physique		Familial/social		émotionnel		fonctionnel	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
Étape 1 Genre	0,16*		0,07		0,26**		0,05		0,16*	
Étape 2 Douleur	0,29***		0,41***		0,10*		0,32***		0,14*	
Étape 3 Sens	0,18**		0,02		0,11*		0,26***		0,28***	
Modèle global										
Genre		-0,19		-0,13		-0,37*		0,02		-0,20
Douleur		-0,33*		-0,57**		-0,15		-0,31*		-0,10
Sens		0,51***		0,17		0,40*		0,61***		0,62***
R <sup>2</sup> total	0,64***		0,50***		0,48***		0,63***		0,58***	

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ .

hiérarchique a d'abord été effectuée pour expliquer la qualité de vie globale. Les résultats indiquent que le genre explique 15,7 % ( $R^2 = 0,157$ ) de la variance de la qualité de vie globale. Cette variance unique est significative ( $F(1, 27) = 5,04, p < 0,05$ ). À l'étape 2, la variable "douleur" ajoute 29,4 % (variation de  $R^2$ ) à la variance expliquée de la qualité de vie globale et cet ajout est significatif ( $F(1, 26) = 13,93, p < 0,001$ ). Finalement, la variable "sens" augmente de façon significative ( $F(1, 25) = 12,54, p < 0,01$ ) la variance expliquée de la qualité de vie globale de 18,3 %. Ce modèle à trois variables explique donc 63,5 % de la variance de la qualité de vie globale et est significatif ( $F(3, 25) = 14,48, p < 0,001$ ). L'examen des coefficients de régression (beta) révèle que seules les variables "douleur" ( $\beta = 0,33, t = 2,37, p < 0,05$ ) et "sens" ( $\beta = 0,51, t = 3,54, p < 0,01$ ) influencent significativement la qualité de vie globale des participants lorsque l'on tient compte de l'ensemble des variables entrées dans la régression.

D'autres analyses de régression ont été effectuées afin d'expliquer les différentes dimensions de la qualité de vie. À l'étape 1, pour la dimension du bien-être physique, le genre explique 7 % de la variance du bien-être physique. Cette variance unique n'est pas significative ( $F(1, 27) = 2,04, p = 0,165$ ). À l'étape 2, la variable "douleur" ajoute 41 % à la variance expliquée du bien-être physique et cet ajout est significatif ( $F(1, 26) = 20,48, p < 0,001$ ). Finalement, la variable "sens" n'augmente pas de façon significative ( $F(1, 25) = 1, p = 0,33$ ) la variance expliquée du bien-être physique. Ce modèle à trois variables explique 50 % de la variance du bien-être physique et est significatif ( $F(3, 25) = 8,33, p < 0,001$ ). L'examen des coefficients de régression (beta)

révèle que seule la variable "douleur" ( $\beta = 0,57$ ,  $t = 3,57$ ,  $p < 0,01$ ) influence significativement le bien-être physique des participants lorsque l'on tient compte de l'ensemble des variables entrées dans la régression.

Pour la dimension du bien-être familial et social, le genre explique 26,4 % de la variance à l'étape 1. Cette variance unique est significative ( $F(1,27) = 9,67$ ,  $p < 0,01$ ). À l'étape 2, la variable "douleur" ajoute 10,3 % à la variance expliquée du bien-être familial et cet ajout est significatif ( $F(1, 26) = 4,23$ ,  $p < 0,05$ ). Finalement, la variable "sens " augmente de façon significative ( $F(1, 25) = 5,41$ ,  $p < 0,05$ ) la variance expliquée du bien-être familial et social de 11,3 %. Ce modèle à trois variables explique 47,9 % de la variance du bien-être familial et social et est significatif ( $F(3, 25) = 7,67$ ,  $p < 0,001$ ). L'examen des coefficients de régression (beta) révèle que seules les variables "genre" ( $\beta = 0,37$ ,  $t = 2,45$ ,  $p < 0,05$ ) et "sens" ( $\beta = 0,40$ ,  $t = 2,33$ ,  $p < 0,05$ ) influencent significativement le bien-être familial et social des participants lorsque l'on tient compte de l'ensemble des variables entrées dans la régression.

En ce qui concerne le bien-être émotionnel, le genre explique 4,5 % de la variance à l'étape 1. Cette variance unique n'est pas significative ( $F(1,27) = 1,27$ ,  $p = 0,27$ ). À l'étape 2, la variable "douleur" ajoute 31,9 % à la variance expliquée du bien-être émotionnel et cet ajout est significatif ( $F(1, 26) = 13,07$ ,  $p < 0,001$ ). Finalement, la variable "sens" augmente de façon significative ( $F(1, 25) = 17,62$ ,  $p < 0,001$ ) la variance expliquée du bien-être émotionnel de 26,3 %. Ce modèle à trois variables explique 62,7 % de la variance du bien-être émotionnel et est significatif

( $F(3, 25) = 14,01, p < 0,001$ ). L'examen des coefficients de régression (beta) révèle que seules les variables "douleur" ( $\beta = 0,31, t = 2,20, p < 0,05$ ) et "sens" ( $\beta = 0,61, t = 4,20, p < 0,001$ ) influencent significativement le bien-être émotionnel des participants lorsque l'on tient compte de l'ensemble des variables entrées dans la régression.

Une dernière analyse de régression hiérarchique a été réalisée sur la variable du bien-être fonctionnel. À l'étape 1, le genre explique 16,4 % de la variance. Cette variance unique est significative ( $F(1,27) = 5,28, p < 0,05$ ). À l'étape 2, la variable "douleur" ajoute 13,5 % à la variance expliquée du bien-être fonctionnel et cet ajout est significatif ( $F(1, 26) = 4,99, p < 0,05$ ). Finalement, la variable "sens" augmente de façon significative ( $F(1, 25) = 16,45, p < 0,001$ ) la variance expliquée du bien-être fonctionnel de 27,9 %. Ce modèle à trois variables explique 57,7 % de la variance du bien-être fonctionnel et est significatif ( $F(3, 25) = 11,36, p < 0,001$ ). L'examen des coefficients de régression (beta) révèle que seule la variable "sens" ( $\beta = 0,62, t = 4,06, p < 0,001$ ) influence significativement le bien-être fonctionnel des participants lorsque l'on tient compte de l'ensemble des variables entrées dans la régression.

### **Analyses qualitatives**

L'entrevue semi-structurée a permis de recueillir davantage d'information auprès des hommes et des femmes sur les thèmes abordés sommairement par les questionnaires et sur leur expérience du cancer dans leur vie. L'analyse de ces données qualitatives a

permis de faire ressortir des points communs et des différences entre les genres quant au sens donné à leur maladie et sur le plan de la qualité de vie.

### **Impacts de la maladie sur les relations familiales et sociales**

La majorité des femmes et certains hommes considèrent que leur cancer a amélioré leurs relations familiales (66,7 % des femmes et 42,9 % des hommes) et leurs relations d'amitié (73,3 % des femmes et 42,9 % des hommes). En effet, plusieurs ont mentionné que depuis qu'ils sont atteints du cancer, ils entrent plus souvent en contact avec les membres de leur famille et leurs amis, reçoivent davantage de soutien de la part de ces derniers et leurs échanges sont plus harmonieux, spontanés et authentiques : *« Depuis que j'ai le cancer, mes amis et les membres de ma famille m'appellent plus souvent et viennent me voir plus régulièrement et on se dit plus les vraies affaires »*. Certains hommes considèrent toutefois que leur maladie a détérioré leurs relations familiales (4 hommes) et d'amitié (2 hommes). Ceux-ci ont tendance à s'isoler afin de ne pas inquiéter leurs proches à propos de leur maladie et de ne pas avoir à les rassurer. Deux hommes de l'échantillon se disent aussi plus irritables depuis l'annonce de leur maladie, ce qui nuit à leurs relations familiales. Deux femmes de l'échantillon considèrent que leurs relations familiales se sont détériorées à cause du malaise de leurs proches à l'égard du cancer et leur difficulté à accepter la maladie. Aucune femme de l'échantillon ne considère que la maladie a détérioré ses relations d'amitié. Étant donné que tous les individus de l'échantillon sont sans emploi, aucune information n'a été recueillie concernant leur relation avec leurs collègues de travail.

### **Impact du cancer sur la perception de soi**

La moitié des femmes (53,3 %) considèrent que le cancer a eu un impact positif sur leur perception d'elles-mêmes. En effet, certaines d'entre elles se sentent plus fortes qu'avant la maladie et d'autres ont l'impression d'être plus persévérantes, plus vraies, plus affirmatives et de meilleures personnes. Quatre femmes de l'échantillon considèrent que leur maladie a affecté négativement leur apparence physique et leur confiance en elle-même. Pour ce qui est des hommes, la majorité (71,4 %) considère que le cancer a eu un impact négatif sur leur vision d'eux-mêmes : « *Je vois vraiment mon cancer comme un échec et j'ai l'impression d'être vaincu. Je me vois comme quelqu'un de faible* ». En effet, certains ont l'impression de ne plus avoir de contrôle sur leur vie et d'être vaincus par la maladie. D'autres se sentent plus dépendants de leur entourage pour accomplir leurs activités quotidiennes. Seulement trois hommes perçoivent que le cancer a un impact positif sur leur vision d'eux-mêmes. Ceux-ci se sentent plus forts ou ont l'impression d'avoir grandi intérieurement.

### **Impact du cancer sur les buts et la façon de voir l'avenir**

Certaines femmes (4) et certains hommes (4) ont mentionné lors de l'entrevue qu'ils préféraient se fixer des buts à court terme plutôt qu'à long terme, depuis l'annonce du diagnostic de cancer : « *Depuis que j'ai le cancer, j'aime mieux avoir des buts que je peux réaliser à court terme parce que j'ai plus d'espoir de pouvoir les réaliser que des buts à long terme pis c'est plus motivant comme ça* ». Deux hommes et deux femmes ont dit ne plus avoir de buts. Cinq femmes ont rapporté continuer à se fixer des buts à long terme et trois hommes considèrent que leurs buts n'ont pas changé depuis la maladie.



Pour ce qui est de la vision de l'avenir, quatre femmes de l'échantillon et cinq hommes soutiennent que leur maladie les amène à profiter de l'instant présent. Cinq hommes (42,9 %) considèrent toutefois leur avenir incertain. On observe donc beaucoup de variations entre les participants sur le thème des buts et de la vision de l'avenir.

### **Aspects les plus difficiles à vivre dans le fait d'avoir le cancer**

La dépendance aux autres a été rapportée par deux hommes et deux femmes comme un des aspects les plus difficiles à vivre par rapport à la maladie. En effet, il est difficile pour eux de constater qu'ils ont besoin des autres pour réaliser certaines activités. Le fait de devoir rassurer les gens de l'entourage sur leurs conditions de santé et la réaction des gens face à la maladie sont aussi perçus comme des éléments difficiles à vivre par cinq femmes et quatre hommes. Certaines femmes (4) et certains hommes (3) considèrent les traitements, la douleur et les effets secondaires engendrés par la maladie et les traitements comme des aspects éprouvants à vivre. Cinq femmes et un homme considèrent que l'incapacité de faire les mêmes activités qu'avant la maladie est particulièrement difficile. Chez six hommes, l'incertitude face à l'avenir, les inquiétudes par rapport à l'efficacité des traitements, le sentiment d'impuissance et la peur de mourir sont des aspects difficiles qui accompagnent la maladie.

### **Aspects positifs reliés au cancer**

Quelques femmes (4) et hommes (3) ont mentionné que leur cancer leur a permis de développer des relations d'amitié avec des gens aussi atteints par cette maladie. Trois femmes et trois hommes ont également rapporté que leur cancer leur a permis de se

rapprocher des gens qu'ils aiment (familles et amis). Certains hommes (4) et certaines femmes (2) soutiennent aussi que leur maladie leur permet d'apprécier l'instant présent et la vie en général : « *Depuis mon cancer, j'apprécie les petites choses de la vie, comme un coucher de soleil ou des enfants qui jouent, y'a plein de petites choses qui me paraissent plus belles qu'avant* ». Trois femmes considèrent que leur maladie leur a permis de se centrer sur elle-même et de faire un bilan de leur vie. Cinq hommes et seulement une femme ont l'impression que leur cancer ne leur amène rien de positif.

### **Pourquoi moi?**

Cette question visait à soulever des questionnements existentiels chez les participants. La moitié des femmes (53,3 %) et des hommes (50 %) sont incapables de répondre à la question « pourquoi moi? » ou ne se sont jamais posés la question. Trois femmes et un homme considèrent que le destin et la volonté de Dieu font en sorte qu'ils sont atteints du cancer. D'autres expliquent le fait d'avoir le cancer, comme étant normal, car de nos jours, un grand nombre de gens reçoit ce diagnostic. Trois femmes et un homme considèrent que leur cancer est un signal leur indiquant qu'ils doivent prendre un temps d'arrêt pour revoir leurs priorités, leur mode de vie et ainsi y apporter des changements. Certains hommes ont l'impression d'être atteints du cancer car ils ont fait de mauvais choix dans la vie et avaient un mode de vie malsain. Ils considèrent donc le cancer comme une punition pour la vie qu'ils ont menée et ont l'impression de mériter cette maladie : « *J'ai pas toujours été correct dans la vie et la vie me punit pour les mauvaises choses que j'ai faites, je mérite ce qui m'arrive* ».

### **Causes du cancer**

Près de la moitié des femmes (46,7 %) et des hommes (42,9 %) pensent que le cancer a été causé par leur mode de vie malsain. En effet, ils considèrent que le stress engendré par le rythme de vie accéléré et les mauvaises habitudes de vie, telles que fumer, une alimentation malsaine, le manque d'exercice physique et la prise de drogues et d'alcool ont pu causer leur maladie. Certains hommes et certaines femmes attribuent plutôt leur cancer à des causes externes, telles la pollution et les additifs dans les aliments. L'hérédité revient aussi comme une cause de la maladie. Un peu moins du tiers des hommes et des femmes ne voient aucune cause à leur maladie.

### **Sens donné au cancer**

La majorité des femmes (73,3 %) et le tiers des hommes (35,7 %) donnent un sens positif à leur cancer en le voyant comme un moment d'arrêt pour faire le bilan de leur vie et y apporter des changements. Ces participants considèrent leur maladie comme un temps de réflexion pour se découvrir et s'améliorer ainsi qu'une occasion d'apprécier et de profiter de la vie : *« Avec la vie que je menais, je n'avais pas le temps de m'arrêter un peu pour réfléchir à ma vie, à ce que je faisais de pas correct et là, avec mon cancer je peux prendre du temps pour réfléchir pis ça va m'aider à faire une meilleure vie »*. La maladie est donc vue comme une expérience leur permettant de grandir intérieurement. Le quart des femmes (26,7 %) et les deux-tiers des hommes (64,3 %) donnent un sens négatif à leur maladie en la percevant comme un obstacle, un combat, une étape difficile à surmonter, une punition, une injustice et une épreuve générant de la colère et un sentiment d'impuissance.

### **Ce qui donne de la qualité à leur vie malgré la maladie**

La moitié des hommes (50 %) et presque toutes les femmes (93,3 %) considèrent qu'avoir un mode de vie sain améliore leur qualité de vie. En effet, les participants s'efforcent de bien manger, de faire de l'exercice physique et de bien dormir. Ils considèrent également pouvoir donner de la qualité à leur vie en pratiquant des activités qu'ils aiment, en profitant de chaque instant que la vie leur offre et en rencontrant les gens qu'ils apprécient. Certains hommes (42,9 %) et une femme soutiennent que les moyens pris pour diminuer la douleur donnent de la qualité à leur vie. Les médicaments et la consommation de drogues (principalement la marijuana) sont les principaux moyens rapportés pour réduire leur douleur.

### **Ressemblances entre les hommes et les femmes**

En résumé, les hommes et les femmes de l'échantillon préfèrent se fixer des buts à court terme et profiter de l'instant présent. Pour ce qui est des aspects difficiles à vivre avec le cancer, les deux genres rapportent les éléments suivants : la dépendance aux autres, l'impression de devoir rassurer leur entourage, la douleur et les effets secondaires engendrés par la maladie et les traitements.

Il y a également peu de différences entre la perception des hommes et des femmes sur les raisons pour lesquelles ils considèrent avoir été atteints du cancer. Pour certains, il s'agit de causes externes (pollution, additifs dans les aliments), alors que d'autres lui attribuent des causes internes (hérédité, mode de vie malsain). De plus, lorsqu'ils doivent se demander pourquoi ils ont été personnellement touchés par le cancer, la

plupart n'en ont aucune idée ou considèrent qu'il s'agit du destin ou de la volonté de Dieu, alors que certains utilisent cette épreuve comme un signe leur indiquant de prendre un temps d'arrêt pour revoir leurs priorités dans la vie.

### **Différences entre les hommes et les femmes**

Plusieurs différences ont été observées entre les hommes et les femmes par rapport aux thèmes abordés lors de l'entrevue. Ainsi, la majorité des femmes considèrent que la maladie a amélioré la qualité de leurs relations familiales et amicales alors que les hommes mentionnent plus fréquemment que le cancer a détérioré leurs relations sans doute parce qu'ils sont devenus plus irritables et qu'ils ont eu tendance à s'isoler. Les hommes sont aussi plus nombreux à dire que le cancer a eu un impact négatif sur leur vision d'eux-mêmes. Ils ont l'impression d'être devenus faibles, de ne plus avoir de contrôle sur leur vie, d'être impuissants et d'avoir échoué, alors qu'il y a davantage de femmes qui considèrent que la maladie les a rendues plus fortes, plus authentiques et plus affirmatives. Les femmes considèrent aussi que leur maladie leur a permis de se centrer sur elle-même et de faire un bilan de leur vie.

Il est aussi possible de constater une différence entre les hommes et les femmes par rapport à leur vision de l'avenir depuis l'annonce du diagnostic de cancer. En effet, comparativement aux femmes, un grand nombre d'hommes considèrent leur avenir comme incertain. Ils semblent moins confiants que les femmes quant à leur chance de se rétablir de leur maladie. Les hommes semblent plutôt affectés par le sentiment d'incertitude face à l'avenir, les inquiétudes quant à l'efficacité des traitements, le

sentiment d'impuissance et la peur de mourir. De plus, un plus grand nombre d'hommes ont aussi rapporté que le cancer ne leur amène rien de positif. D'ailleurs, ils associent plus fréquemment le cancer aux mauvais choix qu'ils ont faits dans leur vie et le perçoivent comme une punition alors que ce n'est pas le cas chez les femmes qui le voient comme une occasion de croissance personnelle.

Finalement, une autre différence entre les hommes et les femmes a été remarquée en ce qui a trait à leur manière d'améliorer leur qualité de vie. Un plus grand nombre d'hommes semblent se centrer sur le contrôle de la douleur (médicaments et consommation de drogues) alors que les femmes disent tenter de prendre leur vie en main en adoptant un mode de vie plus sain (alimentation, exercices, repos).

## **Discussion**

Dans cette section, les résultats issus des différentes analyses seront interprétés, et ce, en respectant la séquence des hypothèses et en exposant la complémentarité des données quantitatives et qualitatives. Les forces et les limites de l'étude seront abordées, pour ensuite présenter les retombées pratiques et les avenues de recherches futures.

La présente étude a permis de vérifier l'existence de différences entre les hommes et les femmes quant au sens donné au cancer et à la qualité de vie. Les analyses statistiques ont indiqué qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes par rapport au sens donné au cancer. Ce résultat infirme donc la première hypothèse de recherche. Toutefois, les moyennes ( $M = 2,89$  pour les femmes et  $M = 2,50$  pour les hommes) et les analyses qualitatives révèlent que les femmes semblent accorder un sens plus positif à leur cancer que les hommes. Elles perçoivent leur maladie comme une occasion de croissance personnelle et qu'elle leur offre la possibilité de faire des changements à leur vie afin d'en profiter. Elles considèrent aussi que leur maladie a eu un impact positif sur leur identité; elles se voient plus fortes, plus authentiques et plus affirmatives. Les femmes mentionnent également que le cancer leur a permis de se rapprocher des gens qu'elles aiment, d'améliorer leurs relations familiales et amicales et d'établir des relations harmonieuses et spontanées. Pour leur part, plusieurs hommes rapportent avoir l'impression d'être devenus faibles, de ne plus avoir de contrôle sur leur vie et d'être vaincus par la maladie. Ils voient davantage leur cancer comme une



injustice, une punition et une épreuve générant de la colère et un sentiment d'impuissance. Les hommes voient aussi leur avenir de façon plus incertaine que les femmes.

Les résultats de l'étude ont toutefois confirmé l'existence d'une différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la qualité de vie. Le score moyen de qualité de vie globale des femmes est statistiquement plus élevé que celui des hommes. De plus, selon la régression hiérarchique, le genre explique une portion significative de la variance de la qualité de vie globale (15,7 %), du bien-être familial /social (26,4 %) et du bien-être fonctionnel (16,4 %). Toutefois, lorsque la douleur et le sens sont contrôlés, seul le bien-être familial/social est expliqué par le genre. Les analyses qualitatives de la présente étude semblent aussi appuyer les données quantitatives puisque le cancer semble avoir un impact plus positif sur les relations sociales des femmes que des hommes. En effet, contrairement aux femmes, certains hommes considèrent que leur cancer a détérioré leurs relations d'amitié, les amène à s'isoler et à se montrer plus irritables envers leurs proches. Les hommes semblent aussi avoir moins confiance en leur capacité de guérir que les femmes, ce qui peut affecter leur qualité de vie. Les résultats de la présente étude ne vont toutefois pas dans le même sens que la documentation scientifique qui indique que les hommes ont rapporté un niveau plus élevé de qualité de vie que les femmes (Giesinger et al., 2009; Holzner et al., 2004; Jordhoy et al., 2001; Mainio et al., 2006; Phipps et al., 2008; Schmidt et al., 2005; Thomé et al., 2004). Cette divergence de résultats peut être expliquée par le fait que dans le présent échantillon il n'y a pas de différences entre les hommes et les femmes sur le

plan de la satisfaction financière alors que certaines études recensées avaient relevé que les femmes rapportaient des problèmes financiers qui affectaient de façon importante leur qualité de vie. De plus, la qualité de vie des hommes et des femmes varie probablement en fonction du type de cancer qu'ils ont développé. Dans certaines études, les participants sont tous atteints du même type de cancer ou de cancers hormono-dépendants, ce qui n'est pas le cas dans la présente étude puisque les participants sont atteints de différents types de cancer, excluant les cancers hormono-dépendants.

Les analyses quantitatives indiquent aussi que les femmes rapportent un niveau de bien-être familial/social et fonctionnel plus élevé que les hommes. Selon Greimel et al. (1998), les hommes atteints d'un cancer rapportent significativement moins de ressources sociales et plus de limitations pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne que les femmes. Les analyses qualitatives de la présente étude appuient également ce résultat. En effet, certains hommes ont tendance à s'isoler et à se montrer irritables avec leur entourage. Ils semblent être contrariés de se sentir plus dépendants de leur entourage pour accomplir les activités de la vie quotidienne.

Les analyses quantitatives ont également indiqué une absence de différence significative entre les hommes et les femmes quant à leur niveau de bien-être émotionnel et physique, bien que les moyennes aillent dans le sens d'un plus grand bien-être émotionnel et physique pour les femmes. Les analyses qualitatives indiquent également que les hommes semblent accorder plus d'importance que les femmes à la diminution de la douleur. Est-ce que les hommes sont plus incommodés par la douleur que les femmes?

Cela pourrait expliquer, en partie, le niveau de bien-être physique moins élevé des hommes comparativement aux femmes. Les analyses qualitatives semblent aussi indiquer que les hommes ressentent plus d'émotions négatives que les femmes. Ils ont l'impression d'avoir échoué, d'être faibles, d'être impuissants et considèrent leur maladie comme une punition. Ils semblent aussi vivre plus d'inquiétudes et d'incertitudes que les femmes face à leur condition physique et leur avenir.

La présente étude a confirmé la deuxième hypothèse soit l'existence d'une relation positive entre le sens donné au cancer par les individus et leur qualité de vie. En effet, les personnes qui accordent un sens positif à la présence du cancer dans leur existence rapportent une qualité de vie plus élevée, et ce, pour chacune des dimensions (bien-être physique, familial/social, émotionnel et fonctionnel). Ces résultats sont conformes aux observations présentées dans la documentation scientifique (Barkwell, 1991; Degner et al., 2003; Downe-Wamboldt et al., 2006; Foley et al., 2006; Henderson, 2003; Krongrad et al., 1997; Lewis, 1989; Post-White et al., 1996; Thompson & Pitts, 1993).

Les résultats les plus intéressants concernent l'étude de la contribution additionnelle du sens à la qualité de vie lorsque l'on tient compte du genre et du niveau de douleur. Ils confirment la troisième hypothèse. D'abord, en appui aux études précédentes (Giesinger et al., 2009; Holzner et al., 2004; Phipps et al., 2008), les résultats démontrent que la douleur explique une portion significative (de 10 à 41 %) de la variance de la qualité de vie et de ses quatre dimensions. Lorsque l'on tient compte du genre et du sens, la douleur explique significativement la qualité de vie globale, le bien-être physique et

émotionnel. Évidemment, il faut interpréter les résultats quant au bien-être physique avec prudence à cause de l'effet possible de colinéarité dû au fait que l'évaluation de la douleur provient d'une question de la sous-échelle de bien-être physique. Deuxièmement, il est intéressant de constater l'importance du sens donné au cancer dans l'explication de la qualité de vie des malades. En effet, le sens apporte une contribution additionnelle significative à la variance de la qualité de vie, particulièrement au bien-être familial/social (11,3 %), émotionnel (26,3 %) et fonctionnel (27,9 %). Toutefois, il ne contribue pas au bien-être physique. De plus, lorsque le genre et la douleur sont contrôlés, le sens demeure une variable significative dans la prédiction de la qualité de vie globale et de ses dimensions (sauf le bien-être physique). Finalement, le modèle à trois variables semble pertinent puisqu'il explique de 48 à 64 % de la variance des différentes dimensions de la qualité de vie.

### **Forces et limites de l'étude**

La présente étude a permis de documenter un peu plus les liens entre le sens donné au cancer et la qualité de vie ainsi que les différences entre les hommes et les femmes quant à ces deux variables. L'absence de différences entre les hommes et les femmes quant aux variables sociodémographiques a favorisé un contrôle de ces variables. Une autre force de l'étude réside en l'ajout d'une entrevue semi-structurée permettant de mieux comprendre et d'approfondir la réalité des individus atteints par le cancer. De plus, compte tenu de la quantité d'études américaines dans le domaine du cancer,

l'originalité de cette recherche réside dans l'enrichissement des savoirs quant à la population canadienne-française.

Il importe aussi de souligner certaines limites méthodologiques de l'étude. La sélection non aléatoire des participants et le fait d'avoir utilisé un échantillon de convenance constituent des limites de la présente recherche. En effet, les participants sont ainsi plus susceptibles de présenter des caractéristiques motivationnelles différentes des dix individus qui n'ont pas accepté de participer à l'étude. La possibilité de généraliser les résultats est donc affectée. Aussi, il peut être difficile de généraliser les résultats à la population canadienne-française atteinte du cancer puisque l'échantillon est peu représentatif de cette dernière, avec 76,1 % des participants âgés de plus de 60 ans et avec l'exclusion des cancers les plus fréquents, comme les cancers hormono-dépendants (ex. : cancer du sein et de la prostate). La cueillette des données a aussi pu être biaisée par le fait que certains des participants ont complété les questionnaires et l'entrevue après avoir rencontré leur médecin. Leur état émotionnel du moment a donc pu influencer leurs réponses. L'échantillon étant petit, les analyses ont pu manquer de puissance pour vérifier les hypothèses de recherche, mais il est important de préciser qu'il peut être difficile de recruter des gens atteints du cancer à cause de leur faible niveau d'énergie. Pour ce qui est des questionnaires, il aurait été préférable d'utiliser plus d'un questionnaire pour mesurer le sens donné au cancer et la qualité de vie. De plus, les deux questionnaires utilisés dans la présente étude mesuraient certains éléments qui s'apparentaient, ce qui a pu biaiser les résultats. En effet, certains items du

questionnaire sur le sens donné au cancer s'apparentaient aux items du bien-être émotionnel du questionnaire sur la qualité de vie.

### **Retombées pratiques**

La présence d'une relation prédictive significative entre le sens donné au cancer et la qualité de vie pourrait avoir une importance sur le plan de l'intervention clinique. En se centrant davantage sur la maladie et les traitements que sur la personne et ses besoins émotionnels, l'organisation du système de santé actuel peut nuire à la qualité de vie des individus atteints du cancer. Les différents professionnels de la santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux, psycho-éducateurs) devraient donc favoriser la recherche de sens chez ces individus afin de mieux répondre à leurs besoins émotifs et psychologiques et ainsi améliorer leur qualité de vie. De plus, étant donné que les hommes semblent avoir une qualité de vie moindre que les femmes, les psychologues et les travailleurs sociaux pourraient adapter leur manière d'intervenir en fonction du genre de la personne. Des groupes de thérapie pourraient être privilégiés chez les hommes afin de briser leur isolement social et les amener à gérer et à exprimer leur colère face à la maladie. Les intervenants pourraient aussi les encourager à mettre leur situation en perspective afin qu'ils identifient certains aspects positifs associés à la maladie. En effet, plusieurs études ont démontré que le fait de trouver des bénéfices à la maladie amène des changements sur le plan de la santé physique (Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 2003; Bower, Low, Moskowitz, Sepah, & Epel, 2008; Bower et al., 2005; Moskowitz & Epel, 2006; Ryff, Singer, & Dienberg, 2004). Le fait d'encourager les hommes à

identifier des aspects positifs à leur expérience du cancer pourrait engendrer des affects positifs, favoriser leurs relations interpersonnelles ainsi que les amener à redéfinir leurs buts, ce qui serait susceptible d'améliorer la santé physique et peut-être diminuer le niveau de douleur. Les intervenants pourraient aussi les amener à retrouver un sentiment de contrôle et d'estime de soi malgré la maladie. Des techniques de restructuration cognitive pourraient aussi être utilisées avec les hommes afin de modifier les pensées nuisibles qui entretiennent leur sentiment d'échec, de perte de contrôle ou d'impuissance face à la maladie. De la psychoéducation sur le cancer et ses traitements pourraient diminuer les inquiétudes des hommes, alors que réaliser des activités où ils peuvent s'accomplir malgré les pertes pourrait augmenter leur sentiment de contrôle. Pour ce qui est des femmes, étant donné que ces dernières semblent davantage préoccupées par le malaise des gens face à la maladie, il serait pertinent d'offrir une psychoéducation sur le cancer afin que ces dernières se sentent davantage en mesure d'expliquer leur maladie à leurs proches. En étant plus informé sur le cancer, leur entourage aurait moins de préjugés et d'inconforts face à cette maladie. Il serait aussi pertinent d'aider les femmes à trouver des alternatives aux activités qu'elles ne peuvent plus pratiquer à cause de la maladie. En effet, ces dernières semblent trouver difficile de ne plus pouvoir pratiquer les mêmes activités qu'avant leur cancer. Il serait possible de répartir leurs activités dans le temps, c'est-à-dire de les diviser en plusieurs étapes et de prévoir des périodes de repos entre chaque étape.



### **Recherches futures**

Les recherches ultérieures pourraient vérifier l'influence de plusieurs autres variables sur la relation entre le sens donné au cancer et la qualité de vie des hommes et des femmes : type de cancer, durée depuis le diagnostic, stade de la maladie, traitements, soutien social et ressources financières. Il serait aussi intéressant d'étudier l'évolution du sens au fil du temps, selon l'âge et le genre des individus. Ces études longitudinales pourraient vérifier si le sens et la qualité de vie qui y est associée se transforment chez les hommes et les femmes durant la maladie. Il serait aussi pertinent de comparer le sens et la qualité de vie des personnes recevant des traitements (radiothérapie et chimiothérapie) avec celles qui choisissent de ne pas en recevoir. Il serait aussi intéressant de vérifier les hypothèses de la présente étude auprès d'un plus large échantillon. Bien que plusieurs études aient été réalisées auprès de gens atteints du cancer, nos connaissances concernant cette maladie sont loin d'être suffisantes. C'est en multipliant les recherches en oncologie qu'il sera possible d'adapter les interventions et ainsi favoriser un plus grand niveau de bien-être chez ces personnes.



## **Conclusion**

Les objectifs de la présente recherche étaient d'étudier la relation entre le sens donné au cancer et la qualité de vie des personnes atteintes par cette maladie. Elle s'intéressait particulièrement aux différences entre les hommes et les femmes quant à ces deux dimensions et à la contribution unique du sens à la qualité de vie lorsque le genre et le niveau de douleur étaient gardés constants. Les résultats confirment l'hypothèse d'une relation significative positive entre le sens accordé au cancer et la qualité de vie. Toutefois, bien que les femmes témoignent d'une qualité de vie plus élevée que les hommes, il n'existe pas de différence entre les genres quant au sens donné au cancer. Les données qualitatives ont tout de même offert la possibilité d'approfondir la réalité des femmes et des hommes qui vivent avec le cancer tout en démontrant la complexité et la variété des perceptions et des réactions face à cette maladie.

L'étude a également démontré que la capacité de faire du sens explique une part additionnelle de la variance de la qualité de vie lorsque l'on tient compte du genre et du niveau de douleur. Il semble donc essentiel pour les intervenants de se pencher sur la construction du sens chez les personnes atteintes de cancer afin d'améliorer leur qualité de vie. Néanmoins, il faudra ajuster les interventions en fonction du genre de la personne malade puisque les hommes et les femmes ne perçoivent pas leur situation de la même façon et réagissent à leur manière.

## Références

- Aaronson, N. K. (1991). Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer*, 67, 844-850.
- Aaronson, N. K., Cull, A., Kaaaa, S., & Sprangers, M. A. (1994). The EORTC modular approach to quality of life assessment in oncology. *International Journal of Mental Health*, 23, 75-96.
- Anderson, B. L., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, 49, 389-404.
- Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2004). Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: A population-based study. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 4829-4836.
- Barkwell, D. (1991). Ascribed meaning: A critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer-related pain. *Journal of Palliative Care*, 7, 5-14.
- Baumeister, R., & Vohs, K. (2005). Meaningfulness in life. Dans C. R. Snyder & S. Lopez (Éds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 608-618). Oxford: Oxford University Press.
- Black, B., Herr, K., Fine, P., Sanders, S., Tang, X., Bergen-Jackson, K., ... Forcucci, C. (2011). The relationships among pain, nonpain symptoms, and quality of life measures in older adults with cancer receiving hospice care. *Pain Medicine*, 12, 880-889.
- Borman, P. D. (2000). Spirituality and religiosity and their relationship to the quality of life in oncology patients. *Dissertation Abstracts International*, 60, 4190-4217.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (2003). Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement-related disclosure intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 146-155.
- Bower, J. E., Low, C. A., Moskowitz, J. T., Sepah, S., & Epel, E. (2008). Benefit finding and physical health: Positive psychological changes and enhanced allostasis. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 223-244.

- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bemaards, C. A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 236-245.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients: An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 1, 124-127.
- Carter, B. J. (1993). Long-term survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*, 16, 354-361.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9, 186-192.
- Cella, D. F. (1998). Quality of life. Dans J. C. Holland (Éd.), *Psycho-oncology* (pp. 1135-1146). New York : Oxford University Press.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570-579.
- Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8, 263-285.
- Costain, K., Hewison, J., & Howes, M. (1993). Comparison of a function-based model and a meaning-based model of quality of life in oncology: Multidimensionality examined. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11, 17-37.
- Costet, N., Lapierre, V., Benhamou, E., & Le Galès, C. (2005). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) in French cancer patients. *Quality of Life Research*, 14, 1427-1432.
- Degner, L. F., Hack, T., O'Neil, J., & Kristanson, L. J. (2003). A new approach to eliciting meaning in the context of breast cancer. *Cancer Nursing*, 26, 169-178.
- Deng, D., Fu, L., Xiong, Y., Wu, X., Zhang, G., Liang, C., ... Zhou, Y. F. (2012). The relationship between cancer pain and quality of life in patients newly admitted to Wuhan Hospice Center of China. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29, 53-59.
- Downe-Wamboldt, B., Butler, L., & Coulter, L. (2006). The relationship between meaning of illness, social support, coping strategies, and quality of life for lung cancer patients and their family members. *Cancer Nursing*, 29, 111-119.

- Ferrell, B. R., & Dean, G. (1995). The meaning of cancer pain. *Seminars in Oncology Nursing*, 11, 17-22.
- Ferrell, B. R., Smith, S. L., Juarez, G., & Melancon, C. (2003). Meaning of illness and spirituality in ovarian cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 30, 249-257.
- Fife, B. L. (1994). The conceptualization of meaning in illness. *Social Science and Medicine*, 38, 309-316.
- Fife, B. L. (1995). The measurement of meaning in illness. *Social Science and Medicine*, 40, 1021-1028.
- Fife, B. L. (2005). The role of constructed meaning in adaptation to the onset of life-threatening illness. *Social Science and Medicine*, 61, 2132-2143.
- Fife, B. L., Kennedy, V. N., & Robinson, L. (1994). Gender and adjustment to cancer: Clinical implications. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 1-20.
- Fitchett, G., Peterman, A. H., & Cella, D. (1996). *Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients*. Nashville, TN: Society for Scientific Study of Religion.
- Foley, K. L., Farmer, D., Petronis, V. M., Smith, R. G., McGraw, S., Smith, K., ... Avis, N. (2006). A qualitative exploration of the cancer experience among long-term survivors: Comparisons by cancer type, ethnicity, gender, and age. *Psycho-Oncology*, 15, 248-258.
- Gerbershagen, H. J., Özgür, E., Straub, K., Dagtekin, O., Gerbershagen, K., Petzke, F., ... Sabatowski, R. (2008). Prevalence, severity, and chronicity of pain and general health-related quality of life in patients with localized prostate cancer. *European Journal of Pain*, 12, 339-350.
- Giesinger, J., Kemmler, G., Mueller, V., Zabernigg, A., Mayrbaeurl, B., Thaler, J., ... Holzner, B. (2009). Are gender-associated differences in quality of life in colorectal cancer patients disease-specific? *Quality of Life Research*, 18, 547-555.
- Green, C., Hart-Johnson, T., & Loeffler, D. (2011). Cancer-related chronic pain: Examining quality of life in diverse cancer survivors. *Cancer*, 117, 1994-2003.
- Greimel, F. R., Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1998). Gender differences in outcomes among patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 197-206.
- Halstead, M. T., & Hull, M. (2001). Struggling with paradoxes: The process of spiritual development in women with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28, 1534-1543.

- Henderson, J. P. (2003). The effects of self-efficacy for coping, constructed meaning, and spirituality on the quality of life in men with prostate cancer. *Dissertation Abstracts International*, 63, 3917-4010.
- Holland, J. C. (1992). Psychooncology: Where are we, and where are we going? *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 103-112.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Nguyen-Van-Tam, D., Sperner-Unterweger, B., & Greil, R. (2004). Quality of life of patients with chronic lymphocytic leukemia: Results of a longitudinal investigation over 1 yr. *European Journal of Haematology*, 72, 381-389.
- Hu, T. W., Cooke, M., & McCarty, A. (2009). A qualitative study of the experience of oral cancer among Taiwanese men. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 326-333.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 2, 129-142.
- Jordhoy, M., Fayers, P., Loge, J., Saltnes, T., Ahlner-Elmqvist, M., & Kaasa, S. (2001). Quality of life in advanced cancer patients: The impact of sociodemographic and medical characteristics. *British Journal of Cancer*, 85, 1478-1485.
- Kim, Y. H., Shin, H., Kim, K. S., Chee, W., & Im, E. (2006). Gender differences in pain experience among Caucasian and Asian cancer patients. *Oncology Nursing Forum*, 33, 426-456.
- Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Loza, J. K., Carpenter, J. S., & Tu, W. (2010). The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40, 327-341.
- Krongrad, A., Granville, L. J., Burke, M. A., Golden, R. M., Lai, S., Cho, L., ... Niederberger, C. S. (1997). Predictors of general quality of life in patients with benign prostate hyperplasia or prostate cancer. *Journal of Urology*, 8, 157-534.
- Lam, W. W., & Fielding, R. (2003). The evolving experience of illness for Chinese women with breast cancer: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 12, 127-140.
- Landmark, B. T., Strandmark, M., & Wahl, A. K. (2001). Living with newly diagnosed breast cancer: The meaning of existential issues. *Cancer Nursing*, 24, 220-226.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 53, 234-237.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lewis, F. M. (1989). Attributions of control, experienced meaning, and psychosocial well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7, 105-119.
- Lillitson, L., Brown, P. M., & Schliebe, H. P. (1982). Perceptions of religious solutions to personal problems of women. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 546-549.
- Lipowski, Z. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 91-102.
- Mahon, S. M., & Casperson, D. M. (1997). Exploring the psychosocial meaning of recurrent cancer: A descriptive study. *Cancer Nursing*, 20, 278-186.
- Mainio A, Hakko, H., Niemelä, A., Koivukongas, J., & Räsänen, P. (2006). Gender difference in relation to depression and quality of life among patients with a primary brain tumor. *European Psychiatry*, 21, 194-199.
- Matthews, H. F., Lannin, D. R., & Mitchell, J. P. (1994). Coming to terms with advanced breast cancer: Black women's narratives from Eastern North Carolina. *Social Science & Medicine*, 38, 789-800.
- Mckennell, A. C., & Andrewa, F. M. (1983). Components of perceived life quality. *Journal of Community Psychology*, 11, 98-110.
- Mitchell, J. L. (2006). Construction of meaning in women's experiences with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 16-35.
- Monestès, J. L., Vuille, P., & Serra, E. (2007). Thérapie de pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement et douleur chronique. *Douleurs*, 8, 73-79.
- Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEwen, J., & Gillis, C. R. (2003). How quality of life data contribute to our understanding of cancer patients' experiences? A study of patients with lung cancer. *Quality of Life Research*, 12, 157-166.
- Moskowitz, J. T., & Epel, E. S. (2006). Benefit finding and diurnal cortisol slope in maternal caregivers: A moderating role for positive emotion. *Journal of Positive Psychology*, 1, 83-91.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction and experience of loss*. Washington: American Psychological Association.



- Nelson, J. P. (1996). Struggling to gain meaning: Living with the uncertainty of breast cancer. *Advances in Nursing Science*, 18, 59-76.
- O'Connor, A. P., Wicker, C. A., & Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13, 167-175.
- Olsson, U., Bergbom, I., & Bosaeus, I. (2002). Patients' experiences of the recovery period 3 months after gastrointestinal cancer surgery. *European Journal of Cancer Care*, 11, 51-60.
- Onakoya, P. A., Nwaorgu, O. G., Adenipekun, A. O., Aluko, A. A., & Ibekwe, T. S. (2006). Quality of life in patients with head and neck cancers. *Journal of the National Medical Association*, 98, 765-770.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Park C. L., & Folkman S. (1997) Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115-144.
- Pelusi, J. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 1343-1353.
- Phipps, E., Braitman, L. E., Stites, S., & Leighton, J. C. (2008). Quality of life and symptom attribution in long-term colon cancer survivors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 254-258.
- Post-White, J., Ceronsky, C., Kreitzer, M. J., Nickelson, K., Drew, D., Mackey, K. W., ... Gutknecht, C. (1996). Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23, 1571-1579.
- Pud, D. (2011). Gender differences in predicting quality of life in cancer patients with pain. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 486-491.
- Ramfelt, E., Severinsson, E., & Lutzen, K. (2002). Attempting to find meaning in illness to achieve emotional coherence. *Cancer Nursing*, 25, 141-149.
- Ramsey, S. D., Berry, K., Moinpour, C., Giedzinska, A., & Andersen, M. R. (2002) Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *American Journal of Gastroenterology*, 97, 1228-1234.
- Rustoen, T., Moum, T., Padilla, G., Paul, S., & Miaskowski, C. (2005). Predictors of quality of life in oncology outpatients with pain from bone metastasis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30, 234-242.

- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Dienberg, L. G. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Biological Sciences*, 359, 1383-1394.
- Sabain, S. B. (2009). An exploration of quality of life indicators for survivors of lung cancer: Implications for closing the male-female gender gap. *Dissertation Abstracts International*, 69, 3051-3135.
- Sarna, L., Brown, J. K., Cooley, M. E., Williams, R. D., Chernecky, C., Padilla, G., ... Danao, L. L. (2005) Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32, E9-E19.
- Schag, C. A., Ganz, P. A., Wing, D. S., Sim, M. S., & Lee, J. J. (1994) Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. *Quality of Life Research*, 3, 127-141.
- Schipper, H. (1990). Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8, 171-185.
- Schipper, H., & Levitt, M. (1985). Measuring quality of life: Risks and benefits. *Cancer Treatment Reports*, 69, 1115-1123.
- Schmidt, C. E., Bestmann, B., Kuchler, T., Longo, W. E., Rohde, V., & Kremer, B. (2005). Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer: A five-year prospective study. *World Journal of Surgery*, 29, 1630-1641.
- Singer-Kaplan, H. (1992). A neglected issue: The sexual side effects of current treatments for breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 3-19.
- Société canadienne du cancer (2011). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2011*. Repéré à <http://www.cancer.ca>
- Stewart, A. L., Ware, J. E., & Brook, R. H. (1981). Advances in the measurement of functional status: Construction of aggregate indexes. *Medical Care*, 19, 473-488.
- Stryker, S. (1980). *Symbolic interactionism: A social structural version*. Menio Park: Benjamin/Cummings.
- Taylor, E. J. (1993). The search for meaning among persons living with recurrent cancer. *Dissertation Abstracts International*, 53, 4036-4037.
- Thomé, B., Dykes, A., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life in old people with and without cancer. *Quality of Life Research*, 13, 1067-1080.

- Thompson, S. C. (1985). Finding positive meaning in a stressful event and coping. *Basic and Applied Psychology*, 6, 279-295.
- Thompson, S. C. (1991). The search of meaning following a stroke. *Basic and Applied Psychology*, 12, 81-96.
- Thompson, S. C., & Pitts, J. (1993). Factors relating to a person's ability to find meaning after a diagnosis of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11, 1-21.
- Tope, D. M., Ahles, T. A., & Silberfarb, P. M. (1993). Psycho-oncology: Psychosocial well-being as one component of quality of life. *Psychotherapy Psychosomatics*, 60, 129-147.
- Utley, R. (1999). The evolving meaning of cancer for long-term survivors of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 26, 1519-1523.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthode de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30, 663-680.
- Wallberg, B., Michelson, H., Nystedt, M., Bolund, C., Degner, L., & Wilking, N. (2003). The meaning of breast cancer. *Acta Oncologica*, 42, 30-35.
- White, J. M., & Klein, D. M. (2002). *Family Theories*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Xuereb, M. C., & Dunlop, R. (2003). The experience of leukemia and bone marrow transplant: Searching for meaning and agency. *Psycho-Oncology*, 12, 397-409.
- Zimpfer, D. G. (1992). Psychosocial treatment of life-threatening disease: A wellness model. *Journal of Counseling and Development*, 71, 203-209.

## **Appendice A**

Formulaire d'information et de consentement



Université du Québec à Trois-Rivières

## LETTRE D'INFORMATION

---

**Invitation à participer au projet de recherche :** Le sens donné au cancer et la qualité de vie des hommes et des femmes atteints par cette maladie.

Daisy Raymond, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, sous la supervision de M<sup>me</sup> Sylvie Lapierre, professeure au Département de psychologie.

### Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est de mieux comprendre l'expérience des individus atteints par le cancer. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

### Tâche

La participation à cette recherche implique de la part des participant(e)s une rencontre d'une heure pour répondre à trois questionnaires, dont un questionnaire d'informations générales, le Constructed Meaning Scale (traduction française) et le Functional Assessment of Cancer Therapy (traduction française) ainsi qu'à une entrevue portant sur le sens donné au cancer et la qualité de vie. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio.

### Risques, inconvénients, inconforts

La participation à cette rencontre n'entraîne aucun risque pour les individus. Toutefois, il est possible que certaines personnes éprouvent certaines émotions lors de la passation des questionnaires et de l'entrevue puisqu'ils abordent le vécu face au cancer. Pour les personnes qui éprouveraient de la fatigue due à leur état, il sera possible de faire une pause durant l'entrevue. Le(la) participant(e) doit signaler toute difficulté émotive découlant de sa participation à la recherche à M<sup>me</sup> Raymond. Dans ce cas, elle pourra le(la) référer à des services appropriés, dont le Centre universitaire de services psychologique (819-376-5088).

**Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet l'expérience des individus atteints par cette maladie est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

**Confidentialité**

Les informations recueillies lors de l'entrevue seront utilisées uniquement par la personne impliquée dans la recherche et seront traitées de façon strictement confidentielle. Un numéro sera utilisé à la place du nom du participant de façon à ce qu'aucune personne, sauf M<sup>me</sup> Raymond, ne puisse l'identifier. Le formulaire de consentement et le dossier seront placés séparément dans des classeurs sous clé au laboratoire de gérontologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour assurer la confidentialité. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai doctoral, ne permettront pas d'identifier les participants. L'enregistrement audio ne sera utilisé qu'à des fins de recherche et sera consulté uniquement par la chercheuse. L'enregistrement et les informations obtenues auprès du participant seront détruits à la fin de l'étude.

**Participation volontaire**

Le(la) participant(e) est libre de se retirer de la recherche à tout moment, sans avoir à justifier sa décision et sans que les services dont il(elle) bénéficie ne soient affectés. La responsable de la recherche peut retirer un(une) participant(e) de la recherche, mais elle doit lui en donner le motif. Le(la) participant(e) pourra connaître les résultats généraux de la recherche en faisant la demande à la responsable de la recherche.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Daisy Raymond au (819) 909-3276 ou par courrier électronique : [daisy.raymond@uqtr.ca](mailto:daisy.raymond@uqtr.ca)

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-11-168-06.05 a été émis le 30 mai 2011.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).




---

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**


---

**Engagement de la chercheuse ou du chercheur**

Moi, Daisy Raymond, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

**Consentement du participant**

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet : Le sens donné au cancer et la qualité de vie des hommes et des femmes atteints par cette maladie. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

**J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche**

Participant(e) ou participant :	Chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

## **Appendice B**

Questionnaire d'informations générales



## Questionnaire d'informations générales

1-Âge : \_\_\_\_\_

2-Sexe :

- ☐ Femme
- ☐ Homme

3-Statut civil :

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

4-Nombre d'années de scolarité : \_\_\_\_\_

5-Êtes-vous satisfait(e) de votre situation financière actuelle?

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Peu satisfait(e)
- ☐ Satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)

6-Date du diagnostic de cancer : \_\_\_\_\_

7-Premier site de la tumeur : \_\_\_\_\_

8-Organe(s) atteint(s) : \_\_\_\_\_

9-Traitement :

- ☐ Radiothérapie
- ☐ Chimiothérapie
- ☐ Radiothérapie+chimiothérapie
- ☐ Aucun \_\_\_\_\_

10-Faites-vous partie d'un groupe de soutien?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11-Suivez-vous une thérapie individuelle?

- ☐ Oui
- ☐ Non

12-Niveau de satisfaction par rapport au soutien reçu des gens de votre entourage.

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Peu satisfait(e)
- ☐ Satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)

## **Appendice C**

Échelle de construction de sens

### Échelle de construction de sens (Fife,1995)

Les énoncés suivants réfèrent à l'impact de la maladie sur l'identité, les relations interpersonnelles et le futur. Indiquer votre niveau d'accord avec chacun des énoncés.

	Fortement en désaccord	En désaccord	En accord	Fortement en accord
1-J'ai l'impression que le cancer est quelque chose dont je ne me remettrai jamais.	1	2	3	4
2-J'ai l'impression que le cancer est grave, mais que je serai capable de retourner à la vie que j'avais avant la maladie.	1	2	3	4
3-J'ai l'impression que le cancer a changé ma vie de manière permanente et donc qu'elle ne sera plus jamais aussi agréable.	1	2	3	4
4-J'ai l'impression de m'être complètement rétabli(e) de ma maladie.	1	2	3	4
5-J'ai l'impression d'être la même personne que j'étais avant ma maladie.	1	2	3	4
6-J'ai l'impression que mes relations avec les autres n'ont pas été négativement affectées par ma maladie.	1	2	3	4
7-J'ai l'impression que mon expérience avec le cancer a fait de moi une meilleure personne.	1	2	3	4
8-J'ai l'impression que d'avoir le cancer a interféré avec l'atteinte des buts les plus importants que que je m'étais fixés.	1	2	3	4

## **Appendice D**

Évaluation fonctionnelle de la thérapie pour le cancer

### FACT-G (4ème Version)

Vous trouverez ci-dessous une liste de commentaires que d'autres personnes atteintes de la même maladie que vous ont jugé importants. **Veillez indiquer votre réponse en entourant un seul chiffre par ligne et en tenant compte des 7 derniers jours.**

<b><u>BIEN-ÊTRE PHYSIQUE</u></b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Énormément</b>
Je manque d'énergie.....	0	1	2	3	4
J'ai des nausées .....	0	1	2	3	4
À cause de mon état physique, j'ai du mal à répondre aux besoins de ma famille.....	0	1	2	3	4
J'ai des douleurs.....	0	1	2	3	4
Je suis incommodé(e) par les effets secondaires du traitement.....	0	1	2	3	4
Je me sens malade .....	0	1	2	3	4
Je suis obligé(e) de passer du temps allongé(e) .....	0	1	2	3	4
<b><u>BIEN-ÊTRE FAMILIAL/SOCIAL</u></b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Énormément</b>
Je me sens proche de mes amis....	0	1	2	3	4
Ma famille me soutient moralement.....	0	1	2	3	4
Mes amis me soutiennent .....	0	1	2	3	4

**BIEN-ÊTRE**  
**FAMILIAL/SOCIAL**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
Ma famille a accepté ma maladie .....	0	1	2	3	4
Je suis satisfait(e) de la communication avec ma famille au sujet de ma maladie .....	0	1	2	3	4
Je me sens proche de mon (ma) partenaire (ou de la personne qui est mon principal soutien) .....	0	1	2	3	4
Je suis satisfait(e) de ma vie sexuelle.....	0	1	2	3	4

**BIEN-ÊTRE**  
**ÉMOTIONNEL**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
Je me sens triste .....	0	1	2	3	4
Je suis satisfait(e) de la façon dont je fais face à ma maladie ....	0	1	2	3	4
Je perds espoir dans le combat contre ma maladie.....	0	1	2	3	4
Je me sens nerveux (nerveuse) ...	0	1	2	3	4
Je suis préoccupé(e) par l'idée de mourir.....	0	1	2	3	4
Je suis préoccupé(e) à l'idée que mon état de santé puisse s'aggraver.....	0	1	2	3	4

**BIEN-ÊTRE**  
**FONCTIONNEL**

	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
Je suis capable de travailler (y compris le travail à la maison)....	0	1	2	3	4
Mon travail (y compris le travail à la maison) me donne de la satisfaction .....	0	1	2	3	4
Je suis capable de profiter de la vie .....	0	1	2	3	4
J'ai accepté ma maladie.....	0	1	2	3	4
Je dors bien .....	0	1	2	3	4
J'apprécie mes loisirs habituels.....	0	1	2	3	4
Je suis satisfait(e) de ma qualité de vie actuelle .....	0	1	2	3	4



## **Appendice E**

Entrevue semi-structurée

1-Votre relation avec votre famille s'est-elle améliorée ou détériorée depuis que vous êtes atteint(e) du cancer? Expliquez de quelle façon elle s'est améliorée ou détériorée.

2-Votre relation avec vos amis s'est-elle améliorée ou détériorée depuis que vous êtes atteint(e) du cancer? Expliquez de quelle façon elle s'est améliorée ou détériorée.

3-Votre relation avec vos collègues de travail s'est-elle améliorée ou détériorée depuis que vous êtes atteint(e) du cancer? Expliquez de quelle façon elle s'est améliorée ou détériorée.

4-Comment le cancer affecte-t-il votre situation au travail?

5-Comment le cancer affecte-t-il la façon dont vous vous percevez?

6- Comment votre diagnostic de cancer influence-t-il votre manière de voir votre avenir?

7-Vos buts ont-ils changé depuis l'annonce de votre diagnostic? Si oui, expliquez de quelle façon ils ont changé.

8-Quels sont les aspects les plus difficiles à vivre dans le fait d'avoir le cancer?

9-Y-a-t-il certains aspects positifs reliés au fait d'avoir le cancer?

10-Avez-vous déjà tenté de répondre à la question : pourquoi moi? Si oui, que répondez-vous à cette question?

11-Selon vous, quelle(s) est(sont) la(les) cause(s) de votre cancer?

12-Quel sens donnez-vous à votre cancer?

13-Qu'est-ce qui donne de la qualité à votre vie?