

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE SOCIÉTÉS, POLITIQUE, SANTÉ PUBLIQUE

Mention : PSYCHOLOGIE

Par Panagiota KOSTOPOULOU-GROLLEAU

Née le 27 septembre 1982 à Patra (Grèce)

**Impact d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique
sur l'ajustement émotionnel, la qualité de vie et l'image du corps de
patients atteints d'un cancer hématologique, hospitalisés en
secteur stérile pour une greffe de moelle osseuse**

Sous la direction du Professeur Bruno QUINTARD

Soutenue le 14 Décembre 2015

Membres du jury :

Mr le Professeur Kamel GANA
Université de Bordeaux

Président

Mme le Professeur Maria Teresa MUNOZ SASTRE
Université Toulouse Jean Jaurès

Rapporteur

Mme le Docteur Aurélie UNTAS (MCF-HDR)
Université Paris Descartes

Rapporteur

Mr le Docteur Guillaume BROCC
Université de Bordeaux

Invité

Mr le Professeur Noël MILPIED
CHU de Bordeaux

Invité

REMERCIEMENTS

Le chemin de ce travail, de nombreuses personnes l'ont croisé et nombreux sont ceux qui m'ont apporté leur soutien et accordé leur confiance. Je tiens à les remercier tous parce que chacun avec un mot, un sourire ou un acte, a apporté un grain pour que ce travail arrive à sa fin.

Je tiens à remercier tout particulièrement le Professeur Bruno Quintard, directeur de ma thèse. Nous nous sommes rencontrés il y a maintenant 10 ans, quand je venais juste d'atterrir au sens propre et au sens figuré à Bordeaux et à la Faculté de Psychologie. Depuis ce moment, il a toujours été à mes côtés et il a fortement participé à ma vie professionnelle. Sa confiance, ses mots de soutien, ses paroles réconfortantes ont été une aide précieuse dans mes premiers pas, tout au long de mon parcours universitaire et de mon activité professionnelle. Le parcours de la thèse a été marqué par des moments de doutes et des moments de perte de confiance. Merci d'avoir été là dans ces moments difficiles et d'avoir maintenu en moi la fibre d'aller au bout des mes objectifs. Merci également pour les heures que tu as passées à lire ce travail et à le corriger. Même dix ans après, mon identité grecque est présente dans mon écriture ! Enfin, je n'aurais jamais effectué ce travail sans ta présence.

Je tiens à remercier aussi tout particulièrement Monsieur le Professeur Kamel Gana, Madame la Professeur Maria Tereza Munoz Sastre, Madame le Docteur Aurélie Untas, Monsieur le Docteur Guillaume Broc et Monsieur le Professeur Noël Milpied de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans mon jury de thèse.

Un merci tout particulier à Guillaume Broc pour ses conseils et ses suggestions dans ce "monde fou" des analyses statistiques où le chemin de la sortie vers la lumière était bien loin.

Je tenais tout particulièrement à remercier Yves Ranty †, que j'ai eu l'énorme chance de croiser en son temps et d'être formée par lui.

Un énorme merci aussi au Dr Jean Marvaud qui m'a formée à la méthode Sapir et qui m'a supervisée pendant un long moment.

Un grand merci aux Dr Philippe Nubukpo et Christophe Peugeot à Limoges.

Je tiens à remercier aussi Guillaume Gargallo, le coordinateur de greffe, de son aide tout au long de la mise en place du protocole.

Enfin, un Enorme MERCI à mes chers patients qui ont accepté de participer à ce travail, qui m'ont accordé leur temps et leur énergie à un moment où tout était compliqué et difficile pour eux.

Un merci tout particulier aussi à Léo, à Stéphanie et à Marine.

Et plus intimement...

A mon mari, Fabian, pour son soutien et sa patience. Tes mots gentils et tes encouragements m'ont aidée énormément. Une phrase particulière m'est restée tout au long de ce parcours, le jour où tu m'as dit *"Je ne suis pas habitué à ce que tu abandonnes, si tu t'es lancée il faut que tu ailles jusqu'au bout"*.

A ma fille chérie Cristina, que j'aime du plus profond de mon cœur. Pendant cette période difficile tu as été géniale comme d'habitude...

A mes parents qui m'ont donné tous les moyens matériels mais surtout affectifs jusqu'à aujourd'hui. Votre confiance m'a toujours accompagnée et même si vous regrettez de temps à autre de m'avoir "envoyée" en France il y a 10 ans, sachez que vous avez tout simplement participé à mon bonheur...Enfin, comme depuis 33 ans.

Un grand merci à mon ami d'enfance Christos pour sa disponibilité et ses encouragements. Je te souhaite d'aller au bout de ton travail et de prendre beaucoup du plaisir.

Enfin, un grand merci à mon frère, à mes amies, à ma famille, à mes collègues.

A tous ceux qui m'entourent au quotidien et qui ont fait ce que je suis.

RESUME

Introduction : La prise en charge psychologique de patients pendant le processus de greffe de moelle osseuse pour un cancer hématologique fait partie intégrante du parcours thérapeutique. Cette étude a deux objectifs : (1) tester l'impact d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique, Méthode Sapir à court et à moyen terme, auprès de cette population (2) savoir si des variables dispositionnelles (alexithymie, optimisme) et des variables transactionnelles (stratégies de coping, soutien social perçu) peuvent influencer cet impact.

Méthode : 39 patients ont été inclus. Le groupé expérimental (N=20) a bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique tandis que le groupe contrôle (N = 19) a eu un suivi psychologique traditionnel. Les patients ont été évalués 4 jours avant la greffe (T1), puis 45 jours (T2) et 100 jours (T3) après la greffe. Les variables dispositionnelles (alexithymie, optimisme), les variables transactionnelles (coping, soutien social perçu) et les issues à prédire (état émotionnel, image du corps et qualité de vie) ont été mesurées.

Résultats : A T3, les patients du groupe expérimental sont significativement moins anxieux ($p<0,001$), éprouvent une meilleure satisfaction corporelle ($p<0,01$) et ont une meilleure QDV physique ($p\leq 0,001$) qu'à T1. Chez les patients du groupe contrôle aucun changement significatif n'est observé avec le temps. Par ailleurs, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été trouvée aux trois temps de l'étude. A T3, les patients alexithymiques du groupe expérimental sont significativement moins dépressifs ($p<0,05$), ont une meilleure QDV cognitive ($p<0,01$) et émotionnelle ($p<0,01$) qu'à T1. A T3, les patients les plus optimistes du groupe expérimental rapportent une meilleure QDV physique ($p<0,05$) et émotionnelle ($p<0,05$) qu'à T1. Chez les patients du groupe contrôle aucune modération de l'alexithymie et de l'optimisme sur l'ajustement au cancer n'est observée. Enfin, l'effet de médiation du coping et du soutien social perçu n'a pas été démontré dans cette étude.

Conclusion : La prise en charge par la relaxation psychothérapique a une place auprès de cette population. L'illustration de deux cas cliniques vient confirmer ces propos. Cependant, au regard du faible nombre de sujets, il convient de contre-valider ces résultats auprès d'une population plus large.

Mots clés : allogreffe de moelle osseuse, prise en charge psychologique, relaxation psychothérapique, ajustement émotionnel, image du corps, qualité de vie, alexithymie, optimisme, coping, soutien social perçu.

ABSTRACT

Introduction: The psychological care of patients during the process of bone marrow transplantation for a hematological cancer is part of the therapeutic process. This study has two objectives: (1) to test at a short and medium term the impact of psychotherapeutic relaxation, Sapir's method, on the psychological adjustment of patients with hematologic cancer hospitalized at a sterile hospital's room for bone marrow transplantation; (2) to examine whether dispositional variables (alexithymia, optimism) and transactional variables (coping, perceived social support) can influence this impact.

Method: 39 patients were included. The experimental group (N=20) received a care of psychotherapeutic relaxation while the control group received a traditional psychological follow-up. Patients were evaluated 4 days before transplantation (T1), 45 days after transplantation (T2) and 100 days post-transplantation (T3), respectively. Personality variables (alexithymia, optimism), adjustment of cancer variables (emotional state, body image, quality of life) and transactional variables (coping, perceived social support) were measured.

Results: The patients in the experimental group at T3 are significantly less anxious ($p<0.001$), experienced a better body satisfaction ($p<0.01$) and a better physical quality of life ($p\leq 0.001$) than at T1. In patients of the group control, no significant positive or negative movements are observed by the time on studied variables. Moreover, no significant differences are found between two groups on three times of study. The alexithymic patients of the experimental group are significantly less depressed at T3 ($p<0.01$) and experienced a better cognitive (0.01) and emotional ($p<0.01$) quality of life. The most optimistic patients of the experimental group have a better physical ($p<0.05$) and emotional ($p<0.05$) quality of life. In patients of the control group, no moderation of alexithymia and optimism is observed on cancer adjustment. Finally, the mediating effect of coping and perceived social support is not demonstrated in this study.

Conclusion: The psychotherapeutic relaxation has an important place to this population. This is confirmed by the illustration of two cases. Finally, due to the small number of subjects included, these results require validation on a larger population.

Key-words: allogeneic bone marrow transplantation, psychological care, psychotherapeutic relaxation, emotional adjustment, body image, quality of life, alexithymia, optimism, coping, perceived social support

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	p. 15
INTRODUCTION	p. 17
PARTIE I : APPROCHE THEORIQUE	p. 21
CHAPITRE I : LE CANCER	p. 21
1. Approche Médicale du cancer	p. 21
1.1. Epidémiologie du cancer	
1.2. Mortalité consécutive à un cancer	p. 21
1.3. Les cancers hématologiques	p. 22
1.4. Epidémiologie de cancers hématologiques	p. 22
2. La prise en charge médicale du cancer	p. 23
2.1. Les différents types de prise en charge	p. 23
2.2. La prise en charge médicale de cancers hématologiques	p. 23
2.3. L'allogreffe de moelle osseuse d'un point de vue médical	p. 24
2.4. La préparation de l'allogreffe et l'entretien pré-greffe	p. 24
2.5. Le bilan pré-greffe tel qu'il est présenté au sein du Service d'Hématologie Clinique et de Thérapies Cellulaires du CHU de Bordeaux	p. 26
2.6. La première phase active de l'allogreffe	p. 27
2.7. L'après-greffe	p. 28
2.8. L'allogreffe : vécu psychologique	p. 29
CHAPITRE II : IMPACT DU CANCER SUR L'AJUSTEMENT EMOTIONNEL, LA QUALITE DE VIE ET L'IMAGE DU CORPS	p. 34
1. Deux marqueurs de l'ajustement émotionnel : l'anxiété et la dépression	p. 34
1.1. Anxiété	p. 34
1.1.1. Définition	p. 34
1.1.2. Mesures de l'anxiété	p. 36
1.1.2.1. L'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger (STAI)	p. 37
1.1.2.2. L' Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	p. 38
1.2.3. Prévalence de l'anxiété chez le sujet malade	p. 39

1.2. Dépression	p. 40
1.2.1. Définition	p. 40
1.2.2. Quelques mesures de la dépression	p. 42
1.2.2.1. Beck Depression Inventory (1961, 1996)	p. 42
1.2.2.2. L'échelle de Hamilton	p. 43
1.2.2.3. La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	p. 44
1.2.3. Prévalence de la dépression chez le sujet malade	p. 44
1.3. Etat anxio-dépressif et cancer	p. 46
1.3.1. Dépression et morbidité	p. 46
1.3.2. Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les patients atteints de cancer	p. 46
1.3.3. Etat anxio-dépressif et cancer hématologique	p. 47
1.3.3.1. Prévalence de l'anxiété et de la dépression dans cette population	p. 47
1.3.3.2. Prédicteurs de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints d'un cancer hématologique	p. 50
2. La notion de qualité de vie	p. 53
2.1. Définition	p. 53
2.2. Les domaines et les composantes de la qualité de vie	p. 55
2.2.1. Le domaine physique de la QDV	p. 55
2.2.2. Le domaine psychologique de la QDV	p. 55
2.2.3. Le domaine social de la QDV	p. 56
2.2.4. Autres domaines	p. 56
2.3. La qualité de vie liée à la santé	p. 57
2.4. Les mesures de la qualité de vie	p. 57
2.4.1. Instruments génériques	p. 57
2.4.2. Les mesures de la qualité de vie liée à la santé	p. 58
2.4.3. Les Mesures spécifiques de la qualité de vie liée à la santé	p. 59
2.5. Qualité de vie, cancer hématologique et allogreffe de moelle osseuse	p. 60
2.5.1. Qualité de vie et cancer hématologique	p. 60
2.5.2. Qualité de vie et allogreffe de moelle osseuse	p. 62
2.5.2.1. Variation de la qualité de vie pendant et après une allogreffe de moelle osseuse	p. 62
2.5.2.2. Prédicteurs de la QDV	p. 66
3. L'image du corps	p. 69

3.1. Définition	p. 69
3.2. Quelques mesures de l'image du corps	p. 71
3.2.1. <i>Le Body Image Scale (BIS)</i>	p. 71
3.2.2. <i>Le Questionnaire d'Image du corps (QIC)</i>	p. 71
3.3. Image du corps et cancer	p. 72
3.4. Image du corps, vécu corporel, cancer du sang et greffe de moelle osseuse	p. 74

CHAPITRE III: LES DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX DE L'AJUSTEMENT AU CANCER

1. L'alexithymie et l'optimisme dispositionnel : leur impact sur l'ajustement au cancer	p. 77
1.1. L'Alexithymie	p. 77
1.1.1. <i>Définition</i>	p. 77
1.1.2. <i>Alexithymie : trait ou état ?</i>	p. 79
1.1.3. <i>Les mesures de l'alexithymie</i>	p. 80
1.1.4. <i>Alexithymie, santé physique et psychique</i>	p. 84
1.1.5. <i>Alexithymie et maladie cancéreuse</i>	p. 88
1.2. L'Optimisme dispositionnel	p. 91
1.2.1. <i>Définition</i>	p. 91
1.2.1.1. <i>Théorie de Scheier et Carver, la disposition à l'optimisme</i>	p. 92
1.2.1.2. <i>Théorie de Seligman : Le style explicatif</i>	p. 93
1.2.2. <i>Les Mesures de l'optimisme</i>	p. 95
1.2.3. <i>Optimisme et santé</i>	p. 97
1.2.4. <i>Optimisme et maladie cancéreuse</i>	p. 99
2. Coping et soutien social : deux médiateurs de l'impact du cancer sur l'état émotionnel, la qualité de vie et l'image du corps	p. 105
2.1. Les stratégies de coping	p. 105
2.1.1. <i>Origine du concept et quelques définitions</i>	p. 105
2.1.2. <i>Les mesures des stratégies de coping</i>	p. 111
2.1.3. <i>Stratégies de coping et maladie physique</i>	p. 113
2.1.4. <i>Stratégies de coping et cancer</i>	p. 113
2.1.5. <i>Stratégies de coping et cancer hématologique</i>	p. 115
2.2. Le soutien social	p. 116
2.2.1. <i>Définition</i>	p. 116

2.2.2. <i>Les mesures du soutien social</i>	p. 119
2.2.3. <i>Soutien social et santé physique et psychique</i>	p. 120
2.2.4. <i>Soutien social et cancer</i>	p. 122
2.2.5. <i>Soutien social et cancer hématologique</i>	p. 124

CHAPITRE IV : PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

1. Le plan Cancer et les soins de support	p. 126
2. L'annonce de la maladie	p. 127
3. Le suivi psychologique	p. 129
4. La relaxation psychothérapique	p. 130
4.1. Définition et méthode	p. 130
4.2. Le training autogène de Schultz	p. 132
4.3. La relaxation à inductions variables	p. 133
4.4. Relaxation et cancer	p. 138

CHAPITRE V : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

1. La problématique	p. 141
2. Les hypothèses théoriques et le modèle d'analyse	p. 142

PARTIE II : RECHERCHE EMPIRIQUE

CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ECHANTILLON ET PROCEDURE DE L'ETUDE

1. Les critères d'inclusion, d'exclusion et d'arrêt	p. 145
2. Procédure de la recherche	p. 146
2.1. Les groupes de l'étude	p. 146
2.2. Les temps de l'étude	p. 147
2.3. Considérations éthiques	p. 149
2.4. La première rencontre du patient avec l'investigateur de l'étude	p. 149
2.5. La mise en place de la prise en charge	p. 150
2.5.1. <i>Le suivi psychologique</i>	p. 150
2.5.2. <i>La prise en charge par la relaxation psychothérapique, Méthode Sapir</i>	p. 150
2.6. L'échantillon de l'étude	p. 151

3. Caractéristiques de l'échantillon à T0	p. 152
3.1. Données sociodémographiques	p. 152
3.2. Données médicales de l'échantillon	p. 153
CHAPITRE II : OPERATIONALISATION DES VARIABLES	p. 154
1. Les variables évaluées par le protocole de recherche : présentation des Outils	p. 154
1.1. Les variables dispositionnelles	p. 154
<i>1.1.1. Alexithymie : La "Toronto Alexithymia Scale" (1995)</i>	p. 154
<i>1.1.2. Optimisme : Le "LOT-R" de Scheier et Carver (1994)</i>	p. 155
1.2. Les variables transactionnelles	p. 156
<i>1.2.1. Stratégies de coping : La "MAC" de Watson et al., (1988)</i>	p. 156
<i>1.2.2. Soutien sociale perçu : Le "QSSP" de Bruchon-Schweitzer (2001)</i>	p. 157
1.3. Les variables dépendantes ou issues à prédire	p. 159
<i>1.3.1. Anxiété-dépression : "HADS" de Zigmund et Snaith (1983)</i>	p. 159
1.3.2. Qualité de vie : Le "QLQ-C30", EORTC (1993)	p. 160
1.3.3. Image du corps : Le QIC de Bruchon-Schweitzer (1987)	p. 161
2. Hypothèses opérationnelles	p. 162
3. Traitements statistiques	p. 163
4. Synthèse des variables étudiées	p. 165
CHAPITRE III : RESULTATS	p. 167
1. Statistiques descriptives	p. 167
1.1. Caractéristiques sociodémographiques et médicales	p. 167
1.2. Les valeurs aux variables dispositionnelles	p. 168
1.3. Les valeurs aux variables transactionnelles	p. 169
<i>1.3.1. Stratégies de coping</i>	p. 169
<i>1.3.2. Satisfaction quant au soutien social perçu</i>	p. 170
1.4. Les valeurs aux variables dépendantes ou issues à prédire	p. 171
<i>1.4.1. Ajustement émotionnel</i>	p. 171
<i>1.4.2. Image du corps</i>	p. 172
<i>1.4.3. Qualité de vie</i>	p. 172
2. Vérification des Hypothèses	p. 173
2.1. Vérification de l'Hypothèse1	p. 173
<i>2.1.1. Différences intragroupe</i>	p. 173

2.1.2. <i>Différences intergroupes</i>	p. 176
2.2. Vérification de l'Hypothèse 2	p. 177
2.2.1. <i>Vérification de l'Hypothèse 2a</i>	p. 177
2.2.2. <i>Vérification de l'Hypothèse 2b</i>	p. 178
2.3. Vérification de l'Hypothèse 3	p. 179
CHAPITRE IV : DISCUSSION	p. 181
1. Discussion des caractéristiques de notre échantillon	p. 181
1.1. Les données sociodémographiques et les données médicales	p. 181
1.2. Les variables dispositionnelles	p. 182
1.3. Les variables transactionnelles	p. 184
1.4. Les critères d'ajustement ou issues à prédire	p. 186
2. Discussion des résultats relatifs aux hypothèses	p. 189
2.1. Impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique sur l'état anxio-dépressif des patients, leur image du corps et leur qualité de vie	p. 189
2.1.1. <i>Impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique sur l'ajustement émotionnel</i>	p. 190
2.1.2. <i>Impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique sur l'image du corps</i>	p. 193
2.1.3. <i>Impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique sur la qualité de vie</i>	p. 195
2.2. Impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique chez les patients selon le niveau de l'alexithymie et le niveau d'optimisme	p. 196
2.3. Influence des variables transactionnelles sur l'impact de la prise en charge par la relaxation	p. 198
 PARTIE III : ETUDE QUALITATIVE	 p. 201
 CHAPITRE I : PRESENTATION ET ANALYSE DE CAS CLINIQUES	 p. 201
1. Cas Clinique N°1, Marie, 22 ans	p. 201
1.1. Le contexte, l'anamnèse et le moment de l'hospitalisation	p. 201
1.2. Les séances de relaxation psychothérapique	p. 203
1.3. Les facteurs de changement au cours de la relaxation	p. 207
2. Cas Clinique N°2, Brigitte, 42 ans	p. 210
2.1. Le contexte, l'anamnèse et le moment de l'hospitalisation	p. 210
2.2. Les séances de relaxation psychothérapique	p. 211

2.3. Les facteurs de changement au cours de la relaxation	p. 214
CHAPITRE II : RESULTATS QUANTITATIFS	p. 216
1. Données quantitatives pour nos deux patientes	p. 216
2. Comparaison des scores des deux sujets aux scores moyens du groupe expérimental	p. 216
CHAPITRE III : DISCUSSION	p. 221
CONCLUSION	p. 222
PARTIE IV : DISCUSSION GENERALE, LIMITES ET PERSPECTIVES	p. 224
CHAPITRE I : DISCUSSION GENERALE	p. 224
CHAPITRE II : LIMITES ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE	p. 226
1. Limites de l'étude	p. 226
1.1. Un recrutement particulièrement difficile	p. 226
1.2. De la difficulté de concilier le double statut de chercheur et de thérapeute	p. 228
1.3. Autres limites	p. 228
2. Perspectives	p. 229
CONCLUSION GENERALE	p. 232
BIBLIOGRAPHIE	p. 235
ANNEXES	p. 263

SOMMAIRE DE TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.	p. 153
Tableau 2 : Répartition de l'échantillon en fonction du diagnostic.	p. 153
Tableau 3 : Répartition de l'échantillon en fonction du type de l'allogreffe.	p. 153
Tableau 4 : Tableau récapitulatif de répartition de différentes dimensions du QLC-30 en items.	p. 161
Tableau 5 : Récapitulatif des variables étudiées, leur valeur et l'outil utilisé.	p. 165
Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques et médicales de chaque groupe.	p. 167
Tableau 7 : Scores moyens à T1 aux variables dispositionnelles.	p. 169
Tableau 8 : Répartition de notre échantillon dans chaque groupe en fonction du seuil d'alexithymie	p. 169
Tableau 9 : Scores moyens à T1 aux différentes stratégies de coping.	p. 170
Tableau 10 : Scores moyens à T1 de satisfaction quant au soutien social perçu.	p. 171
Tableau 11 : Scores moyens à T1 d'anxiété état et de dépression.	p. 172
Tableau 12 : Scores moyens à T1 de satisfaction corporelle.	p. 172
Tableau 13 : Présentation des valeurs obtenues à la QDV à T1.	p. 173
Tableau 14 : Variations intra-groupe sur les variables étudiées.	p. 174
Tableau 15 : Variations inter-groupes sur les variables étudiées.	p. 176
Tableau 16 : Effet de modération de l'interaction de l'alexithymie et des scores aux variables étudiées à T1 aux scores à T3.	p. 177
Tableau 17 : Effet de modération de l'interaction de l'optimisme et des scores aux variables étudiées à T1 aux scores à T3.	p. 178
Tableau 18 : Première étape d'analyse de variation pour l'effet du groupe aux variables étudiées.	p. 179
Tableau 19 : Présentation des scores obtenus aux questionnaires pour Marie et Brigitte.	p. 216
Tableau 20 : Présentation de moyennes à la satisfaction corporelle pour le T1, le T2 et le T3 des patients ayant une image du corps altérée.	p. 219

SOMMAIRES DE FIGURES

Figure 1 : Modèle d'analyse pour les Hypothèses 1 et 2.	p. 143
Figure 2 : Modèle d'analyse pour l'Hypothèse 3.	p. 144
Figure 3 : La flèche chronologique de l'étude.	p. 148
Figure 4 : Détails du recrutement des patients de l'étude.	p. 152
Figure 5 : Histogramme représentant pour chaque groupe les scores moyens à T1 aux stratégies de coping.	p. 170
Figure 6 : Illustration de l'évolution de l'anxiété état suite à la prise en charge chez les patients présentant une anxiété état sévère à T1.	p. 217
Figure 7 : Illustration de l'évolution de l'anxiété état suite à la prise en charge chez les patients présentant une anxiété état modéré à T1.	p. 218
Figure 8 : illustration de la QDV émotionnelle suite à la prise en charge chez les patients éprouvant une QDV émotionnelle très altérée à T1.	p. 220

PREAMBULE

Elle ouvre les yeux rapidement et elle reste silencieuse en regardant dans le vide. Je l'invite à commencer à parler quand elle se sent prête. Elle pleure...ça m'énerve d'être malade... dit-elle.

“Même si je l'ai déjà vécu une fois, ça me fatigue de repasser par là. J'ai envie d'une vie normale, être chez moi, aller au lycée, faire mes devoirs, des trucs de mon âge...

Chez moi tout me manque. Ma maison, les odeurs, ma mère, ma sœur, mes habitudes, les choses simples...je ne demande pas la lune, je demande juste ma liberté. L'hôpital, l'enfermement, c'est très long, je n'imagine pas du tout le secteur stérile, ça va être l'horreur, j'ai une peur monstrueuse, deux mois dans une chambre ? Les gens qui repartent... J'ai envie de repartir avec eux... J'ai peur de la greffe, j'ai peur du traitement... Il y a toujours des chances que ça ne marche pas. C'est trop long ... huit semaines enfermée et ça si tout se passe bien... Je ne sais pas comment je vais tenir... Je vais avoir encore une hospitalisation avant Noël, et après je reviens plusieurs fois et après c'est la greffe... J'essaie de me dire que deux mois c'est quoi dans une vie ? J'aimerais être chez moi, être normale ... Tout est mis entre parenthèse pour cette horrible maladie... mes études, ma vie sentimentale, ma vie avec ma mère, mes sorties entre copines ... Je vais jouer au LOTO avec ma mère. J'aime bien y aller, même si c'est risqué parce qu'il y a beaucoup de gens malades. Si je ne fais pas ça, je ne ferais plus rien. A la maison, je m'énerve pour un rien. Je suis fâchée parce que tout le monde est normal et pas moi. Les gens continuent leur vie et moi c'est stoppé. Je m'en veux... j'en veux à la maladie, je suis encore mise à l'épreuve, je trouve ça injuste. Je ne supporte plus l'hôpital ... Je fais une crise d'angoisse chaque fois que j'arrive ... Plus la sortie s'approche, plus je m'énerve. Pour la greffe, il faut que je perde du poids, ça aussi c'est important, chez moi, je ne rêve que d'une chose : faire un câlin à ma mère sur le canapé. C'est un truc de dingue... A la maison je vis..., je ne suis pas dans mon lit à attendre que ça se passe... Toute seule... De la patience ? Je n'en ai plus. A peine sortie, je recommence ... La maladie ne m'a

pas laissé le temps de vivre ... Les années passent trop vite, on ne profite pas assez et la maladie nous tombe dessus. J'aurais voulu finir mon permis, passer mon BAC, comme toutes mes copines. Je ne sais même pas si je pourrai faire la rentrée 2011. J'aurais voulu que mes cheveux repoussent, j'aurais envie de me retrouver comme avant, de me trouver jolie ... Je n'ai même plus envie de me coiffer, de me préparer ... Ras le bol. J'ai envie de tout envoyer en l'air, de dire stop à tout. J'ai de la chance je sais, tout marche correctement. Le traitement ? ça va ... C'est la pression que je ne supporte plus. La séparation, l'enfermement, l'angoisse de la maladie. J'ai envie que tout se passe d'un coup. Ça me fait vraiment peur ... Deux mois dans la vie d'une personne normale ça va vite. Deux mois dans une vie comme la nôtre c'est terrifiant. En même temps je me dis qu'il y a des gens qui guérissent ... Pourquoi pas moi ? (Les larmes coulent sans arrêt sur le visage de Mlle M). Je pense à ma mère et je pleure...

Pendant la relaxation, j'ai eu du mal à centrer mes idées, à faire le tri. Au moment où il fallait que je sois calme, je ressentais de la colère qui montait. Tout le temps l'émotion montait, redescendait, je pensais à plein des choses. Je m'énervais contre moi-même, ensuite je me calmais.

J'ai ressenti de la chaleur au niveau de l'estomac, aux joues et au cœur. J'ai ressenti du froid au niveau des épaules et au niveau du dos. J'ai pensé à chez moi. Au toucher, vous m'avez fait penser à ma mère. Je n'ai pas eu beaucoup de contact avec ma mère et depuis la maladie, on n'a plus de contact physique. Ça me met une chaleur, ça me fait du bien. Je me dis que chez moi, je n'en profite pas assez. J'ai fait une boulimie chez moi., En stress, en panique, on mange pour faire le comble pour le reste du temps. Quand il y a ma mère j'essaie de me retenir, je n'ai pas envie de lui infliger ça, j'ai besoin d'être cocoonée, ce que je n'avais pas avant. Je sais que ce n'est pas de sa faute. Elle n'avait juste pas le temps. J'ai l'impression maintenant de lui prendre tout. J'ai peur..."

INTRODUCTION

La maladie cancéreuse, son épidémiologie et sa genèse, mais surtout sa prise en charge médicale et psychosociale, représentent un sujet majeur au sein de notre société. Le cancer est un phénomène de santé publique et constitue aujourd'hui la première cause de décès en France. S'agissant plus particulièrement des cancers hématologiques, on en recense environ 35.000 nouveaux cas par an. Si la prise en charge médicale des sujets atteints de cancers peut être multiforme, il en est de même pour leur prise en charge psychologique et sociale : celle-ci s'avère désormais une nécessité impérieuse, tant les sujets sont mis à rude épreuve tout au long de leur parcours de maladie, de l'annonce du diagnostic jusque dans l'après soins et leur réinsertion sociale et professionnelle. A cette multiplicité de contraintes associées à la survenue d'un cancer quel qu'il soit, vont s'ajouter des difficultés plus spécifiques dès lors qu'il s'agit de cancers hématologiques : en témoigne, par exemple, l'urgence qu'impose la prise en charge d'une leucémie aigüe ou encore l'isolement contraint du sujet en chambre stérile pendant de nombreux jours, condition sine qua non à la réalisation d'une greffe de moelle osseuse. Même si la population la plus affectée par ce type de cancer est composée en majorité de sujets de plus de 50 ans, le cancer hématologique est l'un des plus fréquents chez le sujet jeune.

L'impact psychologique de l'annonce d'un cancer est connu et a largement été étudié à ce jour. L'augmentation toujours plus importante de travaux et recherches en oncologie et psycho-oncologie, a conduit à une réelle organisation de la prise en charge globale des patients atteints de cancer, qui s'est successivement articulée autour des deux premiers Plans Cancer (2003-2007 et 2009-2013), puis de celui actuel (2014-2019). Cette mobilisation montre la nécessité, mais aussi le souhait véritable, de prendre en compte les différences intra- et inter-individuelles des sujets confrontés à un cancer, afin de pouvoir personnaliser au mieux les parcours de soins, et d'améliorer ainsi la qualité de vie des patients.

Psychologue clinicienne de la santé exerçant depuis bientôt huit ans dans un service d'Hématologie Clinique et Thérapie Cellulaire du CHU de Bordeaux, nous sommes tous les jours témoin du vécu douloureux de ces patients ; nous partageons le cœur de leur quotidien avec la maladie et les traitements, leurs préoccupations et leurs inquiétudes. En parallèle de cette activité professionnelle, nous avons fait le choix, il y a quelques années, de nous former à une technique de prise en charge particulière : la relaxation psychothérapique. C'est la mise en convergence de ces deux univers (relaxation et onco-hématologie) qui nous a finalement amenée à nous interroger sur l'intérêt que pourrait avoir une prise en charge par la relaxation psychothérapique chez de tels patients.

La relaxation psychothérapique est une prise en charge spécifique qui utilise le corps comme médiateur pour accéder au psychisme. Les sensations corporelles et leur élaboration y sont au premier plan. Dans le cadre d'une maladie cancéreuse, les sensations corporelles sont également au devant de la scène, mais presque toujours dans une valence négative. Au sens propre comme au sens figuré, le corps est un lieu de souffrance. Il est un lieu de trahison : cette partie du sujet qui n'a pas su se défendre contre le mal, contre l'émergence de la maladie. Ce corps est très sollicité dans la prise en charge médicale de la pathologie et il est souvent le lieu de sensations douloureuses, d'intrusions (cathéter central ; chambre implantable, etc.), marqué de cicatrices et connecté à des perfusions. Enfin ce corps est lié à un fil, le fil d'une éventuelle guérison. Plus particulièrement, et de façon plus ambivalente dans le cadre d'une greffe de moelle osseuse, ce fil représente la vie, la rémission possible, la continuité mais il est aussi chargé par une peur sombre d'échec, de déchéance et de mort. La nécessité pour certains de ces patients d'un accompagnement psychologique est indéniable, mais quelle est la place d'une prise en charge qui met justement ce corps au premier plan, comment cette prise en charge spécifique peut-elle être intégrée dans l'accompagnement psychologique de ces patients, voire dans une prise en charge globale, médico-

psychologique ? Ce sont ces chemins croisés d'interrogations que nous avons souhaité explorer dans ce travail de recherche.

Les recherches portant sur le vécu du cancer sont nombreuses, les aspects investigués tout aussi multiples. Dans cette étude nous avons fait le choix de croiser le suivi psychologique traditionnel tel que nous le concevons dans le domaine de l'onco-hématologie avec la prise en charge par la relaxation psychothérapique selon la Méthode Sapir. Nous allons donc tenter d'évaluer l'impact d'une telle prise en charge sur l'ajustement émotionnel, la qualité de vie et l'image du corps de ces patients.

La première partie de ce travail est une revue de la littérature portant sur les dimensions médicales mais également psychologiques impliquées dans la survenue et la prise en charge d'un cancer.

Le premier chapitre présente la complexité des enjeux liés à la prise en charge médicale d'un cancer. Le deuxième chapitre vise à rendre compte, à partir d'un état des lieux des recherches menées dans les domaines de la psychologie médicale et de la psycho-oncologie, de l'impact délétère que peut avoir un cancer sur l'ajustement émotionnel, la qualité de vie et l'image du corps des sujets. Au sein du troisième chapitre nous essaierons d'analyser la manière dont certains déterminants psychosociaux, dispositionnels d'une part (alexithymie et optimisme), et transactionnels d'autre part (stratégies de coping et soutien social), peuvent influencer l'ajustement des sujets à leur maladie et à leurs traitements. Cette approche s'appuiera aussi bien sur des dimensions théoriques que sur des résultats d'études empiriques portant sur le sujet. Puis nous poursuivrons en présentant les principaux aspects nodaux de la prise en charge par la relaxation psychothérapique, Méthode Sapir. Enfin, nous conclurons cette première partie par la formulation de notre problématique de recherche et des hypothèses théoriques associées.

La deuxième partie de notre travail est consacrée à notre recherche empirique. Nous y présentons successivement les critères de sélection de notre population d'étude, la procédure utilisée dans cette recherche et les modalités d'opérationnalisation de nos variables (choix des outils et hypothèses opérationnelles).

Puis nous rendons compte des principaux résultats obtenus auprès de 39 sujets répartis en deux groupes (prise en charge par la relaxation vs prise en charge traditionnelle) et les discutons.

Dans la troisième partie, nous illustrons nos propos par la présentation de deux cas cliniques de sujets qui ont bénéficié de séances de relaxation psychothérapique, au cours de leur hospitalisation en secteur stérile pour une greffe de moelle osseuse. Après avoir situé leur contexte anamnestique, nous présentons le déroulé des séances de relaxation psychothérapique méthode Sapir ainsi que ses résultats pour chaque sujet, avant de conclure cette partie par une discussion.

Enfin, une discussion générale vient clore cette étude et propose des ouvertures en termes de pistes de recherches ultérieures et de perspectives d'application.

PARTIE I : APPROCHE THEORIQUE

CHAPITRE I : LE CANCER

Ce chapitre est consacré à l'approche médicale du cancer. Dans un premier temps, nous y développons les aspects relatifs à sa genèse ainsi que les enjeux de sa prise en charge médicale. Puis nous abordons plus en détails le cancer hématologique, ses particularités et les spécificités de sa prise en charge, en nous centrant tout particulièrement sur la greffe de moelle osseuse, thérapeutique au cœur de cette spécialité médicale. Enfin, nous concluons ce chapitre en rendant compte du vécu psychologique des patients confrontés à cette thérapeutique.

1. Approche Médicale du Cancer

1.1. Épidémiologie du cancer

L'Institut national de cancer, dans son ouvrage "Le cancer en France" (Edition 2014), a présenté les données épidémiologiques de différents cancers en France. En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers en France Métropolitaine s'élève à 355.000, dont 200.000 chez l'homme et 155.000 chez la femme. Le cancer le plus fréquent chez l'homme est le cancer de la prostate (56.841 cas) et chez la femme le cancer du sein (48.763 cas). Les cancers les plus fréquents, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, sont le cancer du poumon et du colon-rectum. La moyenne d'âge du diagnostic du cancer est de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme.

1.2. Mortalité consécutive à un cancer

Le nombre de décès par cancer en 2012 est estimé à 148.000, dont 85.000 chez l'homme et 63.000 chez la femme. Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer chez

l'homme, devant le cancer colorectal et le cancer de la prostate ; chez la femme, le cancer du sein se trouve au premier rang, respectivement devant le cancer du poumon et le cancer colorectal.

1.3. Les cancers hématologiques

Les cancers du sang ou « hématologiques » comprennent cinq grandes familles : les leucémies, les lymphomes, les syndromes myéloprolifératifs, les myélomes multiples et les myélodysplasies. Les leucémies sont caractérisées par une augmentation excessive des globules blancs dans le sang et dans la moelle osseuse, centre de production des cellules sanguines dont le développement normal est entravé. Les lymphomes sont des cancers du système lymphatique impliqué dans la défense de l'organisme, notamment vis-à-vis des infections, et qui comprend, outre la moelle osseuse, les ganglions et différents organes comme la rate. Les syndromes myéloprolifératifs sont dus à une fabrication exagérée des cellules sanguines (globules rouges, globules blancs et plaquettes) au sein de la moelle osseuse. Le myélome consiste en la prolifération d'un type particulier de globules blancs, les plasmocytes. Enfin, les myélodysplasies sont des états préleucémiques.

1.4. Epidémiologie des cancers hématologiques

En ce qui concerne les hémopathies malignes, l'incidence est estimée en 2012 en France métropolitaine à 35.000 nouveaux cas par an dont 19.400 chez l'homme et 15.600 chez la femme. Il a été observé que plus de deux tiers des cas sont des hémopathies lymphoïdes (lymphomes de Hodgkin et lymphomes non hodgkiniens). Trente cinq mille nouveaux cas d'hémopathies malignes estimés (19.400 hommes et 15.600 femmes). Plus de la moitié des cas d'hémopathies malignes surviennent après 60 ans. La leucémie lymphoïde chronique est la forme la plus fréquente chez l'adulte : environ 3.200 nouveaux cas sont diagnostiqués

chaque année en France, en majorité après 50 ans et deux fois plus souvent chez l'homme que chez la femme.

2. La prise en charge médicale du cancer

2.1. Les différents types de prise en charge

La prise en charge médicale du cancer est basée aujourd'hui sur différentes méthodes thérapeutiques, telles que la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie, la corticothérapie et d'autres traitements plus spécifiques comme l'auto-greffe ou l'allo-greffe de moelle osseuse. La décision thérapeutique est collégiale et issue des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP).

2.2. La prise en charge médicale de cancers hématologiques

La prise en charge des cancers hématologiques est basée principalement sur la chimiothérapie. Plus spécifiquement, suite à l'annonce d'une leucémie aigüe, le patient devra suivre un traitement par chimiothérapie intensive en urgence, ce qui implique une hospitalisation de 5 à 6 semaines en moyenne. À la fin de cette hospitalisation, et en fonction des caractéristiques de la maladie mais aussi de l'efficacité de la chimiothérapie, certains de ces patients devront avoir un traitement par greffe de moelle osseuse (technique qui sera présentée en détails dans le chapitre suivant). La prise en charge médicale d'un lymphome se fait aussi par chimiothérapie à raison d'une séance tous les 15 jours, les trois semaines, ou plus en fonction du protocole thérapeutique, et ce en secteur conventionnel ou en hospitalisation de jour. La gravité de certains types de lymphomes et de myélomes nécessite également la planification et la mise en place d'une greffe de moelle osseuse. Il en est de même pour la prise en charge d'un myélome.

La greffe de moelle osseuse est un traitement spécifique pour les cancers hématologiques de mauvais pronostic. Il s'agit d'un traitement très complexe d'un point de

vue médical mais aussi psychologique, parce que cela touche l'identité du sujet dans sa globalité et entraîne un changement radical dans sa vie. Nous allons maintenant présenter en détails cette thérapeutique médicale : nous exposerons tout d'abord les différentes phases de cette thérapeutique, la préparation, la mise en place, le déroulement jusqu'à la période post allogreffe. Dans un deuxième temps, nous aborderons l'allogreffe d'un point de vue psychologique et nous centrerons sur la complexité psychologique de cette prise en charge.

2.3. L'allogreffe de moelle osseuse d'un point de vue médical

L'allogreffe, en elle-même, est très simple. Ce n'est pas un acte chirurgical comme la greffe d'un organe. C'est une transfusion, à l'instar d'une transfusion de globules rouges ou de plaquettes. Le greffon, contenu dans une poche de transfusion, est administré par voie intraveineuse dans la circulation sanguine via un cathéter. Le greffon est une sorte d'usine qui va fabriquer les cellules sanguines à la place de la moelle osseuse malade. Pour que le greffon commence à travailler dans le corps humain, il faut plusieurs jours, voire plusieurs semaines. La période pendant laquelle la moelle ne produit pas de cellules sanguines s'appelle aplasie (absence de défenses immunitaires), et elle explique le risque majeur associé de complications liées à une allogreffe. C'est l'aplasie qui fait qu'une greffe de moelle osseuse ne peut être faite qu'en secteur stérile.

2.4. La préparation de l'allogreffe et l'entretien pré-greffe

Le processus de la greffe débute bien en amont de l'acte de transplantation lui-même. Elle commence dès le moment où la recherche d'un donneur est entreprise par l'équipe soignante, au sein d'un Comité qui se déroule une fois par semaine dans la majorité des services de Greffe en France. L'équipe médicale dans son ensemble va déclencher le processus de recherche d'un donneur compatible, dans un premier temps au sein de la fratrie du patient. Lorsqu'un donneur familial n'est pas identifié ou retenu, l'équipe fait appel à un

donneur non-apparenté, inscrit sur le Fichier International de Volontaires au Don de Moelle Osseuse. Dans certains cas, il est également possible d'effectuer une recherche au niveau d'une banque de sang placentaire. On distingue alors trois types d'allogreffe : avec un donneur apparenté¹, avec un donneur volontaire non apparenté² et avec une unité de sang placentaire³. Une fois qu'un donneur ou un sang de cordon est identifié comme compatible, il est réservé et le processus de la greffe va commencer à se concrétiser pour le patient lors de ce que les soignants appellent : l'entretien pré-greffe. A cette étape, le patient devient un futur receveur d'un greffon de cellules souches hématopoïétiques, et prend conscience avec beaucoup plus d'acuité de l'événement que va représenter la greffe de moelle. Au cours de cet entretien avec le médecin greffeur, en "colloque singulier" ou en présence de sa famille, le patient va devoir confronter son imaginaire aux explications parfois pleines de violence du médecin. Ce dernier va s'efforcer d'informer le malade, avec le plus de sincérité possible mais aussi suffisamment de retenue, sur le déroulement et les conséquences attendues de la greffe. C'est parfois une véritable "boite de Pandore" que le médecin va ouvrir, comme Jacques Ascher et Jean-Pierre Jouet (2004) l'expliquent si bien dans leur ouvrage "La greffe, entre biologie et psychanalyse", tant les conséquences délétères de la greffe peuvent, en première analyse, paraître plus importantes que les espoirs mis dans ce traitement. *"On m'a annoncé que j'avais 25% de risque de décéder pendant le processus, que j'allais perdre mes cheveux, que j'allais avoir une très forte chimiothérapie, que j'allais peut être devenir stérile, que j'allais devoir mettre entre parenthèses ma vie sociale et professionnelle pendant plusieurs mois... Je suis sortie de ce rendez-vous presque en pleurs et très stressée"*, nous dit une patiente (voir annexe D.2. p. 369). La difficulté de cet entretien réside dans le fait que le médecin doive informer un patient souvent en proie au "tout vouloir savoir", sans pour autant

¹ Avec un donneur au sein de la fratrie.

² Avec un donneur non apparenté, volontaire, inscrit au fichier international des greffes de moelles.

³ Le sang de cordon, comme la moelle osseuse, est très riche en cellules souches hématopoïétiques, d'où son grand intérêt thérapeutique. Le recours à une greffe de sang de cordon est envisagé dans certaines indications de maladies graves du sang. Le sang de cordon est issu du placenta (d'où l'autre appellation "sang placentaire") et prélevé au niveau du cordon ombilical, tout de suite après la naissance de l'enfant.

se sentir contraint de tout lui dire : le patient peut prêter au médecin un certain savoir oraculaire tout en ne désirant pas nécessairement connaître la prédiction dans sa globalité. Il est important de préciser que cet entretien, acté sur un document et sur le dossier du malade, peut avoir, en outre, une valeur médico-légale pour le médecin. Cet aspect de l'entretien pré-greffe est le reflet du dialogue médecin-malade d'aujourd'hui où il est de plus en plus difficile de distinguer demande et désir du patient, éthique et responsabilité du médecin.

2.5. Le bilan pré-greffe tel qu'il est présenté au sein du Service d'Hématologie Clinique et de Thérapies Cellulaires du CHU de Bordeaux

Ce bilan se fait durant une journée à l'hôpital de jour et est constitué de plusieurs étapes. Le patient est reçu dans un premier temps par l'infirmier coordinateur de greffe. Ce dernier explique au patient le déroulement de son hospitalisation en secteur stérile d'un côté pratique et lui montre une séquence de films qui reprennent toutes les modalités de l'allogreffe de moelle osseuse. Ensuite, il lui présente le secteur stérile, l'équipe soignante ainsi que la chambre stérile. L'infirmier coordinateur est un interlocuteur permanent pour le patient, à la fois avant la greffe mais aussi après son hospitalisation en secteur stérile. Cette rencontre est suivie par un entretien médical au cours duquel le médecin greffeur explique au patient le déroulement de son hospitalisation, la nécessité de la réalisation de ce traitement ainsi que les risques potentiels associés. Une fois que tous ces aspects ont été abordés d'un point de vue éthique, le patient est invité à donner son accord oral pour la réalisation de cette thérapeutique et à signer un consentement écrit. Lorsque cette procédure est validée, tant par les médecins que par le patient, ce dernier rentre chez lui puis reviendra quelques jours plus tard (environ deux à quatre semaines) pour une hospitalisation en secteur stérile.

2.6. La première phase active de l'allogreffe

Elle commence par l'entrée du patient dans la chambre stérile *"On voit une chambre « aquarium », des dames en masques, blouses bleues, des plateaux repas sous vide, des salles de bain sans douche... A mon arrivée, j'ai été priée de prendre un bain à la bétadine. On m'a demandé de prendre tout mon temps et de bien en profiter car c'était le dernier bain avant longtemps. J'avoue que je n'ai pas été très détendue. J'ai plutôt pleuré pendant ce temps de « repos », seule... puis direction la chambre stérile pour se connecter à toutes les machines qui allaient, pendant 1 mois, me nourrir, m'envoyer dans mon corps des antibiotiques, des produits de chimiothérapie"*, nous dit une patiente, (annexe D.2. page 369). Cette hospitalisation débute par l'administration d'un traitement, le plus souvent très intensif et agressif, nommé "conditionnement", visant tout d'abord à créer une immunosuppression suffisante pour empêcher le rejet du greffon. Ce traitement est composé par d'une chimiothérapie à fortes posologies pour la majorité des patients et peut parfois inclure une irradiation corporelle totale afin de détruire le plus de cellules possibles et préparer ainsi le corps du patient à recevoir le greffon ; celui-ci pourra se développer et se substituer à la moelle osseuse. Au décours de ce conditionnement, le patient va recevoir le greffon transfusé par voie veineuse. La prise de greffe, c'est-à-dire le moment où s'établit chez le receveur une nouvelle hématopoïèse, est effective quelques semaines après, deux à trois pour la majorité des patients. Pendant ce temps, le patient sera en aplasie. L'aplasie (absence de défenses immunitaires) est considérée comme une période à risques importants mais néanmoins contrôlables. Elle explique plusieurs complications de l'allogreffe. Il s'agit là de la phase la plus spectaculaire de l'allogreffe, se déroulant dans cet univers particulier et très technique qui est le secteur stérile. Pendant la période de l'hospitalisation qui est environ de six à huit semaines, le patient sera isolé de l'environnement extérieur mais très entouré par l'équipe soignante. Il pourra aussi recevoir la visite, sous certaines restrictions, de ses proches. Après

cette phase d'aplasie, le patient va avoir à nouveau des défenses immunitaires issues de cellules du donneur qui lui permettront de sortir du secteur stérile et de rentrer à son domicile.

2.7. L'après-greffe

L'après-greffe correspond à la période où le patient est de nouveau à son domicile mais sans pouvoir pour autant mener une vie dite "normale". Il sera contraint de respecter des nombreuses précautions en raison du risque infectieux imputable au déficit immunitaire ; plusieurs mois seront nécessaires avant que le patient ne puisse avoir de moyens de défense suffisants. Cette première période d'après greffe est jalonnée par des contrôles cliniques, biologiques, radiologiques qui vont se succéder en hospitalisation de jour, une à deux fois par semaine, entrecoupés parfois par des hospitalisations dictées par des complications plus ou moins sévères, mettant parfois en jeu le pronostic vital. C'est ce que l'on appelle la période aiguë post-allogreffe. Cette période sera aussi chargée par l'angoisse d'un rejet du greffon ou, à l'inverse, de la réaction du greffon contre l'hôte (GVH-graft versus host) : il s'agit en quelque sorte d'une réaction en miroir de celle du rejet, les cellules du greffon s'opposant alors aux tissus et organes du receveur qui leur sont nécessairement étrangers. Cette "maladie" du greffon contre l'hôte constitue un paradoxe. Pour les patients comme pour les médecins, la difficulté réside dans le fait que cette réaction est imprévisible : on ne sait pas à l'avance si elle va survenir, quand elle va survenir et quelle en sera la gravité. Cette réaction peut atteindre principalement le foie, la peau et le tube digestif. D'autres types de réactions sont possibles (yeux, poumons) mais moins fréquentes. Elle peut également être très grave et mettre en jeu le pronostic vital. Durant de longs mois après l'allogreffe, les patients sont indiscutablement confrontés à des complications, parfois graves et handicapantes. Ces complications ont un impact important sur leur qualité de vie et leur image corporelle, mais induisent aussi des restrictions importantes, la vie des sujets se limitant à la maison et à l'hôpital, les temps de répit s'avérant rares, avec de moments de doute, d'angoisse et de

colère. Cependant cette greffe reste néanmoins la meilleure thérapeutique possible pour ces patients, après une réflexion médicale collégiale où la balance entre bénéfices, risques et éthique est une mesure primordiale. Toutefois, le risque de rechute est toujours existant, de même que les complications ultérieures consécutives aux traitements chimiothérapiques et à l'irradiation corporelle.

La complexité médicale de cette prise en charge est accompagnée par la complexité psychologique de l'allogreffe de moelle osseuse qui n'est pas sans particularités.

2.8. L'allogreffe : vécu psychologique

Chez certains patients, l'idée d'une éventuelle greffe va être envisagée dès le début de leur hospitalisation ; chez d'autres, ce traitement sera proposé dans un deuxième temps, lorsque la maladie persiste malgré les traitements chimiothérapiques continus ; chez d'autres encore, il le sera après une rechute. Notre expérience nous a montré que le moment où l'on va parler de la greffe est important du fait de l'impact que cette thérapeutique aura sur le psychisme du sujet. Juste après l'annonce d'une leucémie par exemple, le médecin va annoncer au patient le processus thérapeutique à suivre et lui parler, si besoin, d'une éventuelle allogreffe. A ce moment-là, le patient perçoit souvent l'idée d'une greffe de moelle osseuse comme un cadeau, comme si, par cet acte de don, tout ce qu'on lui a préalablement annoncé s'effaçait de façon magique. La greffe ne représente à ce moment-là que la guérison, idée largement renforcée par le besoin impérieux d'effacer une réalité trop douloureuse. Cette réalité source de souffrances ne pourra pas, dans un premier temps, accéder à la conscience du sujet.

L'entretien pré-greffe est donc un moment très fort d'un point de vue psychologique. Il est l'occasion d'une rencontre, voire d'une confrontation entre vérité et savoir. Un médecin spécialiste décrit à un patient et à son entourage le processus de l'allogreffe, ses enjeux, ses complications possibles. Il tente aussi d'écouter, d'entendre les dires, les mi-dires et

l'angoisse parfois massive du patient et de sa famille. Ces derniers reçoivent la parole médicale, technique et scientifique comme une évaluation rationnelle objective de la thérapeutique envisagée, du pronostic, du rapport bénéfice/risque. Le risque est alors de voir s'activer un véritable séisme psychique. Cette idée commence à prendre corps, à prendre un sens dans la conscience du patient. C'est à ce moment-là que cette idée magique de la greffe va être remplacée par une réalité effrayante. Cet entretien peut devenir le lieu d'un grand écart entre ce que le patient en espère, en désire et les informations médicales objectives reçues "comme une gifle" selon les dires de nos patients. Les paroles d'une de nos patientes témoigne justement de cet aspect de la greffe de moelle osseuse *" je fais mon bilan pré greffe : et là, le ciel me tombe sur la tête, j'ai quitté la maison ce matin-là, hyper optimiste, avec la lettre dans les mains et certaine que j'étais sauvée !! Euh NON pas vraiment ! En fait, là nous allons découvrir dans les premières heures d'un vendredi 14 décembre 2012 pluvieux, gris, noir effroyable, qu'en fait la greffe peut être MORTELLE !! "* (annexe D.1. p. 366).

C'est à ce là que les patients vont exprimer leurs inquiétudes souvent liées aux conditions d'enfermement, leurs angoisses souvent guidées par leurs propres croyances, leurs propres représentations, leur savoir et leurs expériences antérieures. L'angoisse de mort sera manifeste sous plusieurs formes, mais peu de patients vont dire "j'ai peur de mourir". Cela voudrait dire que cette possibilité est réelle or cette réalité est loin d'être avouée.

Cette planification d'une thérapeutique sophistiquée, destinée à préserver la vie, revient avec une certaine fréquence comme à programmer la mort. L'intervention nécessaire d'un donneur familial apparenté ou d'un donneur non apparenté souligne une évidence : il est indispensable d'effectuer un don, un cadeau conditionnant la protection et le maintien de la vie. Comme il est dit parfois du don du sang, il s'agit d'un don de vie. Il s'agit donc aussi d'un don qui sous-entend une mort possible liée aux risques de GVH (réaction du greffon contre l'hôte). Ce don peut apporter le meilleur comme le pire, il peut sauver comme détruire. Ce don sous-entend la présence d'un autre dans l'organisme, le passage du corps de l'un dans

le corps de l'autre, qui peut aboutir à une sensation de renaissance issue d'une rencontre non désirée mais imposée par un besoin vital et un corps défaillant. Cependant ces notions de renaissance et de don sont très rarement évoquées par nos patients, laissant supposer que cette nécessité, médicale, vitale, inévitable et dangereuse laisse peu de place à l'imagination. Toutefois la question de l'identité reste présente, avouée de manière très claire ou sous-jacente, entre humeur et réalité, entre possible et impossible. "Mon donneur c'est une femme...", dit un jeune patient, laissant entendre son questionnement. "Ma sœur est râleuse" dit un autre, "j'espère que je ne vais pas prendre son caractère" continue-t-il.

La mise en route d'une allogreffe de moelle osseuse souligne bien l'importance de la dimension temporelle pour un être humain confronté de manière extrême -l'annonce de la maladie- aux déterminants biologiques, psychiques et sociaux de son existence. Le moment de la greffe qui dure quelques minutes, voire une heure, est un temps émotionnel fort et intense. Il représente à la fois une fin de la période d'attente de résultats, des informations mais aussi, pour certains patients, la fin de la maladie et de leur existence antérieure pour commencer une nouvelle vie. Il correspond à cette première rencontre avec "ce don de vie" que le patient a souvent imaginé, voire imagé, ou qu'il a pu craindre. C'est un moment très attendu, véritable point de départ d'une thérapeutique censée apporter la guérison de la maladie. Malgré les risques évoqués de manière si détaillée, les témoignages de nos patients nous amènent à penser que le besoin de voir et d'envisager ce don comme un don de vie est très fort, voire nécessaire afin de pouvoir l'intégrer et ensuite supporter ce qu'il y a à venir. Ce besoin de l'envisager comme un événement heureux dépasse pour quelques secondes l'effroi qu'il peut susciter. L'espoir semble nécessaire. Nous observons que l'équipe soignante aborde à son tour cet événement d'une manière positive, avec le sourire. Mais pourrait-elle l'envisager autrement ? Tout se passe alors comme si l'ensemble des protagonistes occultait une phase de crise et s'autorisait à s'engager vers une autre période désirée, nécessairement meilleure. Les fantasmes de renaissance, illustration du désir d'immortalité, s'expriment dans

une sorte de soulagement euphorique et laissent pour quelque temps l'angoisse de mort sur le côté.

Enfin, chaque sujet va aborder de manière singulière cette thérapeutique en fonction de ses capacités psychiques mais aussi de sa personnalité, de son histoire et de ses expériences.

L'impact psychologique d'une greffe de moelle osseuse est présent même avant sa réalisation et des longs mois après (Johnson-Vickberg, Duhamel, Smith, Manne, Winkel, Papadopoulos et Redd, 2001). La réaction psychologique la plus commune chez cette population est la rechute de leur maladie et la peur pour l'avenir (Andrykowski, Cordova, Hann, Jacobsen, Fields et Phillips, 1999). Mais la culpabilité, la peur d'être stérile et de ne pas pouvoir avoir des enfants, l'isolement et la perte de contrôle font partie de leurs préoccupations et la détresse face à la dépendance, la faible estime de soi, l'insatisfaction affectent leur vie de manière importante (Baker, Zabora, Polland et Wingard, 1999). La perte du rôle familial, les problèmes financiers, les relations sociales problématiques ou difficiles, la stigmatisation, la diminution ou arrêt complet de son activité professionnelle, et parfois même la perte du travail font partie des conséquences inéluctables de ce traitement (Andrykowski et al., 1999).

Tien-Li, Kuan-Pin, Su-Peng et Hung-Ru (2014) ont étudié l'impact psychologique et psychosocial de la greffe de moelle osseuse chez des patients ainsi que leur manière de vivre après l'allogreffe et plus précisément sur la période de 3 mois à un an post-greffe. A cet effet, ils ont effectué des entretiens auprès de 14 patients (9 hommes et 4 femmes). Ces chercheurs ont conclu que, bien que les fonctions physiques, psychologiques et sociales des participants se soient progressivement stabilisées durant la première année après leur greffe, plusieurs symptômes continuaient à interférer dans leur vie quotidienne. En effet, les patients doutaient de leur capacité à contribuer à la vie de leur famille, ils étaient inquiets d'une possible stérilité, et étaient obligés, pour certains, à faire face à la menace d'un possible rejet de greffe,

à celle d'une récurrence et même de la mort. Avec le soutien social, la pensée positive, et le maintien de l'espoir, les participants ont finalement été en mesure de revenir à une vie normale et de planifier l'avenir. Ces auteurs ont suggéré que les professionnels de santé devraient apporter des informations pertinentes aux patients et les aider à soulager leur douleur physique et psychologique, à maintenir des contacts sociaux et de l'espoir.

La particularité de cette prise en charge fait référence à l'impact psychologique de l'annonce d'une maladie grave cancéreuse et à la souffrance psychologique émotionnelle du sujet atteint de cancer.

Synthèse Générale du Chapitre

Le cancer représente aujourd'hui une de causes principales de mortalité. Il s'agit d'une maladie grave qui doit son origine à des facteurs génétiques et héréditaires mais aussi à des facteurs environnementaux comme le tabac, l'alcool, l'hygiène alimentaire. La prise en charge médicale est complexe et spécifique à chaque pathologie cancéreuse. En ce qui concerne les cancers hématologiques, la particularité de la prise en charge se situe aussi bien dans l'urgence de la prise en charge (par exemple, lorsqu'il s'agit d'une leucémie aigüe) que dans la complexité de cette prise en charge (par exemple, dans les cas d'allogreffe de moelle osseuse). En termes de pronostic vital, les traitements sont pour la plupart à visée curative et l'obtention d'une rémission complète, voire d'une guérison de la maladie, est possible.

Mais le parcours thérapeutique du patient, de l'annonce du diagnostic jusqu'à la fin des traitements en passant par une récurrence possible, voire une limitation thérapeutique ou une prise en charge palliative, sera long et non pas sans conséquences, tant sur son ajustement émotionnel que sur sa qualité de vie ou encore son image corporelle. C'est ce que nous allons développer maintenant dans les prochains chapitres.

CHAPITRE II : IMPACT DU CANCER SUR L'AJUSTEMENT EMOTIONNEL, LA QUALITE DE VIE ET L'IMAGE DU CORPS

Ce chapitre est consacré à l'étude de l'impact de la maladie cancéreuse sur l'ajustement émotionnel, la qualité de vie et l'image du corps des patients. Nous définissons chaque concept exploré, puis présentons quelques outils d'évaluation avant de faire un état de lieux de la littérature sur le sujet.

1. Deux marqueurs de l'ajustement émotionnel : l'anxiété et la dépression

La survenue d'un cancer et les traitements qui lui sont associés s'accompagnent d'un bouleversement émotionnel parfois durable, caractérisé par une symptomatologie anxio-dépressive particulièrement riche, mettant à rude épreuve les capacités d'ajustement du sujet. C'est ce que nous allons voir à présent en considérant successivement les concepts d'anxiété et de dépression.

1.1. Anxiété

1.1.1. Définition

L'anxiété se définit par un état subjectif de détresse, un sentiment pénible d'attente ou d'appréhension vis-à-vis d'un danger à la fois imminent et imprécis. A la différence de la peur, l'anxiété survient en dehors d'une menace objective ou de façon disproportionnée (Lavoie, Moulec, et Sultan, 2012). L'anxiété est un ensemble de réactions émotionnelles, plus ou moins durables, qui se traduisent par des symptômes somatiques associés à des dysfonctionnements neurovégétatifs (tachycardie, pâleur ou rougeur, tremblements, sudation). Le « malaise anxieux » se caractérise par divers troubles : attitudes, représentations, pensées centrées sur des thèmes négatifs et désagréables (échec, peur, mort), attentes et sentiments de menace diffuse ou de danger, souffrance comportementale, troubles psychomoteurs (pleurs,

sursauts) et troubles du sommeil et de l'humeur (irritabilité, plaintes) (Guelfi, Boyer, Consoli et Olivier-Martin, 2004 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

En psychologie, on distingue l'anxiété trait et l'anxiété état. L'anxiété trait est considérée comme une dimension continue des conduites décrivant des différences interindividuelles de sensibilité à des situations et événements perçus comme menaçants. C'est une tendance stable et généralisée à percevoir les situations aversives comme dangereuses. L'anxiété état est la tension et l'appréhension momentanées induites par une menace réelle ou perçue, en lien avec un événement spécifique (Spielberg, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

Plusieurs modèles proposent une étiologie de ces troubles. La théorie psychanalytique utilise davantage le terme d'angoisse qui est le signal de conflits inconscients entre forces pulsionnelles et instances de contrôle moral. Selon les théories freudienne et lacanienne, l'angoisse est le signal d'une confrontation problématique entre un sujet présentant un certain degré d'organisation psychique et son environnement présentant pour ce sujet, un certain degré d'altérité (d'Autre). Pour Freud et Lacan, notre existence consiste à nous confier à cette confrontation sujet-environnement, à vivre cette mutation subjective, afin d'exister comme sujet désirant. L'angoisse est le signal que cette aventure humaine se présente (Trouillet, Bourgey, Brouillet et Leroy-Viémon, 2012). De leur côté, les théories cognitives traitent l'anxiété comme résultant d'une évaluation de la situation perçue comme menaçante et d'une évaluation de ses ressources considérées comme insuffisantes. Le modèle cognitif de l'anxiété proposé par Beck et Clark (1997), considère que l'anxiété trouve son origine dans les schémas de plaisir ou de danger. L'hyperactivation de ces schémas de danger conduirait, d'une part, à percevoir les informations ambiguës comme potentiellement menaçantes et d'autre part, à traiter de façon erronée ou biaisée les stimuli perçus comme menaçants. Le modèle de Beck rend compte des réactions anxieuses en trois étapes hiérarchisées et activées les unes après les autres dans un délai très bref. La première étape correspond à l'enregistrement initial et

consiste à traiter l'information qui nous parvient et l'identifier de façon à lui donner un caractère négatif ou positif. La deuxième étape est celle de la préparation de la réponse et la troisième étape celle de l'élaboration secondaire qui correspond à l'activation et à l'élaboration de processus sémantiques qui conduisent à donner sens aux événements (Trouillet et al., 2012,). Il existe aussi les théories de l'apprentissage où l'anxiété est considérée comme l'association conditionnelle entre une émotion et un objet, ainsi que les théories neuropsychologiques (in Bruchon-Schweitzer, 2002).

Au sein de cette étude nous allons considérer l'anxiété selon la théorie cognitive de Beck et Clark (1997) où la personne, face à une situation menaçante telle que la maladie, va développer une réaction anxieuse suite une évaluation de ses ressources perçue comme insuffisante. La maladie cancéreuse est un événement menaçant qui met en danger de manière objective la vie du sujet à court, moyen et long terme. Face à la maladie nous considérons que nous ne pouvons pas mesurer l'anxiété trait. La maladie représente un biais important même si dans notre pratique clinique nous nous rendons compte de la présence d'une anxiété préexistante chez certains de nos patients, accompagnée de la présence d'une anxiété en lien avec la maladie en elle-même.

Mais comment peut-on mesurer l'anxiété ?

1.1.2. Mesures de l'anxiété

Des nombreuses méthodes d'évaluation de l'anxiété existent : l'entretien clinique, les tests projectifs et les mesures standardisées au sein desquelles les auto-questionnaires sont les plus utilisés de nos jours. Nous avons fait le choix de présenter ici quelques mesures standardisées qui sont parmi les utilisées dans les recherches.

1.1.2.1. L'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger (STAI)

Le STAI-Y est un questionnaire d'auto-évaluation destiné à évaluer l'anxiété momentanée et l'anxiété habituelle d'un individu (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg et Jacobs, 1983). Il comprend deux échelles de 20 items chacune. L'adaptation française a été faite par Bruchon-Schweitzer et Paulhan (1993). Les qualités psychométriques de cet outil sont satisfaisantes, tant pour la consistance interne des formes trait et état (Alpha de Cronbach >0.90) que pour la fidélité test-retest qui est toutefois meilleure pour l'anxiété trait que pour la forme état (Trouillet et al., 2012).

- L'échelle d'anxiété-état évalue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la passation. C'est un indicateur des modifications transitoires de l'anxiété, provoquée par des situations spécifiques. Elle est composée d'énoncés visant à décrire les sentiments éprouvés au moment présent et elle est présentée au sujet en lui demandant d'entourer la réponse qui correspond le mieux à l'intensité de ce qu'il ressent à l'instant, juste en ce moment. Les réponses possibles sont : non - plutôt non - plutôt oui – oui.

- L'échelle d'anxiété-trait évalue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent habituellement. Cette échelle a pour but de repérer l'anxiété comme disposition stable. Elle constitue ainsi le point de départ d'une action thérapeutique. Elle est composée d'énoncés, couramment utilisés pour exprimer comment les individus se sentent de manière générale. Elle est présentée au sujet en lui demandant de lire chaque phrase et d'entourer parmi les quatre réponses proposées celle qui correspond le mieux à ce qu'il ressent généralement, à ses sentiments habituels. Les réponses possibles sont : presque jamais-parfois-souvent-presque toujours.

Le STAI peut être rempli individuellement ou en groupe. Le temps de passation n'est pas limité, mais en moyenne il faut 10 à 15 minutes pour remplir les deux échelles. Les scores peuvent varier de 20 à 80. Plus le score est élevé plus l'anxiété est importante.

L'interprétation de l'anxiété-trait peut se faire à partir de cinq niveaux qui ont été répertoriés. Un score supérieur à 65 représente une anxiété très élevée, un score entre 56 et 65 représente une anxiété élevée, un score entre 46 et 55 représente une anxiété moyenne, un score entre 36 et 45 représente une anxiété faible et enfin un score inférieur à 35 représente une anxiété très faible.

Dans la littérature, nous retrouvons que l'utilisation de ce questionnaire est très importante et très fréquente. Mais que dit-elle sur l'influence de l'anxiété sur la santé? Et que dit-elle de la prévalence de l'anxiété chez le sujet malade ?

1.1.2.2. La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

La Hospital Anxiety and Depression Scale de Zigmund et Snaith (1983) a pour objectif d'évaluer la symptomatologie dépressive et anxieuse, en écartant les symptômes somatiques susceptibles d'en fausser l'évaluation, chez les patients vus en médecine (et présentant souvent des problèmes organiques). Cet outil permet d'identifier une symptomatologie anxio-dépressive et d'en évaluer la sévérité. Il ne cherche pas à distinguer les différents types de dépression ou états anxieux. La validation de la version française a été faite par Lépine, Godchau, Brun et Lemprière (1985a) Lepine, Brun et Lempiriere (1985b) et Ravazi, Delvaux, Farvacques et Robaye (1989). Les 14 items de la HADS sont repartis en deux sous-échelles, 7 items pour la dépression (un pour la dysphorie, un pour le ralentissement et cinq pour la dimension anhédonique) et 7 items pour l'anxiété qui sont issus du Present State Examination (Wing, Cooper et Sartorius, 1974) et de la Clinical Anxiety Scale (Snaith, Baugh, Clayden, Husain et Sipple, 1982).

Les analyses factorielles réalisées sur les données observées à partir des versions anglaise et allemande confirment une structure à deux dimensions (Herrmann, 1997). La corrélation entre la sous-échelle anxiété et la sous-échelle dépression est de l'ordre de 0,63, indiquant que ces deux sous-échelles ne sont pas indépendantes. Dans la validation réalisée

par Untas, Aguirrezabal, Chauveau, Leguen, Combe et Rascle (2009) sur la version française, les analyses factorielles exploratoires réalisées suivies de rotations obliques (par hypothèse de non indépendance entre anxiété et dépression) ont confirmé la structuration bidimensionnelle proposée par Zigmund et Snaith (1983). La corrélation entre anxiété et dépression est statistiquement significative mais reste modérée ($r=0,47$). Les validités convergente et divergente sont satisfaisantes. La fidélité test-retest est satisfaisante avec un coefficient supérieur à 0,80 après deux semaines, qui diminue après de longues périodes (Herrmann, 1997). La consistance interne, évaluée par le coefficient alpha de Cronbach, est également satisfaisante et, selon les études, varie entre 0,79 et 0,90 pour les deux sous-échelles.

A retenir : Dans la littérature, nous retrouvons que l'utilisation de ces deux questionnaires est très importante et très fréquente. Mais que disent-ils de la prévalence de l'anxiété chez le sujet malade ? Et que disent-ils de l'influence de l'anxiété sur la santé ?

1.2.3. Prévalence de l'anxiété chez le sujet malade

Vu le très grand nombre d'études sur la prévalence de l'anxiété nous nous sommes référée à la synthèse de Bruchon-Schweitzer et Boujut, (2014) pour rédiger ce sous-chapitre. La question qui se pose est la suivante : l'anxiété est-elle à l'origine des maladies physiques en tant que trait de la personnalité ou est-ce que l'anxiété augmente avec la présence de la maladie ?

Aujourd'hui, un consensus existe sur le fait que l'anxiété s'accompagne et accompagne de nombreux problèmes de santé. Selon les résultats d'un très grand nombre d'études, l'anxiété est plus importante chez les sujets ayant une maladie physique et inversement la morbidité et la mortalité sont supérieures chez les sujets anxieux (Vandervoort, 1995). Clarke et Currie (2009) ont fait la recension de 259 études menées de 1995 à 2007 sur la fréquence de l'anxiété et de la dépression chez des patients atteints de

maladies cardio-vasculaires, AVC, diabète, asthme, différents cancers, arthrite rhumatoïde, ostéoporose. Ils concluent que les troubles anxieux sont plus fréquents chez les patients ayant une maladie cardio-vasculaire, un AVC ou un cancer que dans la population générale.

Dans une méta-analyse de 244 études parues de 1981 à 2001 sur les relations entre anxiété et maladies fonctionnelles, Henningsen, Zimmermann et Sattel (2003) observent que chez les patients avec une somatisation fonctionnelle les scores d'anxiété et de dépression sont significativement importants et beaucoup plus élevés que chez les patients atteints d'une maladie organique connue ou chez les patients du groupe contrôle sans aucune maladie. Enfin, Roy-Byrne et ses collaborateurs (2008) ont fait la synthèse de 298 études concernant les relations entre l'anxiété et la prévalence de diverses pathologies somatiques et constatent que la prévalence de l'hypertension, de l'arthrite, de l'asthme et des ulcères est plus élevée chez les sujets présentant un trouble anxieux que dans la population générale. Dans les études récentes, l'anxiété émerge comme possible facteur de risque (Roest, Martens, De Jonge et Denollet 2010) et de pronostic (Suls et Bunde, 2005).

A retenir : La prévalence de l'anxiété est plus importante chez le sujet atteint d'une maladie, elle représente un facteur de risque pour la santé physique mais aussi un facteur de pronostic défavorable et de morbidité du sujet malade. Mais qu'en est-il de la dépression, deuxième indicateur de l'ajustement émotionnel ? Retrouve-t-on les mêmes liens que ceux rapportés pour l'anxiété ?

1.2. Dépression

1.2.1. Définition

La dépression est une notion polysémique très utilisée de nos jours. Il nous semble nécessaire de distinguer l'humeur dépressive de la dépression clinique. Le terme "humeur dépressive" est utilisé pour désigner un état momentané de tristesse, de perte d'intérêt,

d'énergie et d'entrain, pouvant survenir à la suite d'un événement aversif comme une perte, une séparation, une déception, un échec, une maladie ou autre événement. Cet état se manifeste lorsque le sujet ne dispose pas ou croit ne pas disposer des ressources personnelles et sociales nécessaires pour y faire face.

La dépression clinique est une maladie qui est constituée d'un ensemble de symptômes émotionnels, cognitifs, comportementaux et somatiques. Le syndrome dépressif comprend des affects négatifs (découragement, tristesse, craintes, soucis et parfois hostilité et méfiance), des cognitions particulières (idées d'indignité, dévalorisation de soi, culpabilité, sentiments d'échec, idées de suicide), des troubles comportementaux (retrait, fuite, isolement, fatigabilité, ralentissement, expression triste ou figée) et des troubles somatiques (fatigue, faiblesse, troubles du sommeil et de l'appétit, céphalées, vertiges, troubles digestifs et autre), (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

Plusieurs approches théoriques de la dépression co-existent. L'approche psychanalytique de Freud évoque la perte de l'objet, un besoin de dépendance insatisfait ou l'inhibition de l'agressivité et associe la dépression à une psychopathologie du deuil. D'un autre côté, selon Beck (1987), la dépression résulterait d'une interaction entre des événements stressants et des cognitions erronées et rigides, dominées par le thème de la perte et par une vision négative de soi, du monde et de l'avenir qui conduit à des sentiments d'infériorité, d'échec et de désespoir. Pour Seligman (1975), le fait de vivre des événements incontrôlables induit une impuissance apprise (learned helplessness)⁴. Les individus confrontés à des événements négatifs (pertes, échecs ou autre) font des inférences internes, stables et générales, et si ces événements sont importants pour eux, ils s'auto-déprécient, ce qui peut les amener au désespoir.

⁴L'impuissance apprise est un état psychologique, résultant d'un apprentissage dans lequel le sujet fait l'expérience de son absence de maîtrise sur les événements survenant dans son environnement (peu importe la valence positive ou négative de l'événement). Cette expérience tendrait à l'adoption par le sujet, d'une attitude résignée ou passive. Cette impuissance est « apprise » car elle se généralise même aux classes de situations dans lesquelles l'action du sujet aurait pu être efficace (Seligman, 1975).

Le trouble dépressif majeur est une forme aigüe caractérisée par au moins cinq symptômes suivants (durant au moins deux semaines consécutives, presque chaque jour, presque toute la journée) dont l'un des deux premiers : humeur dépressive, baisse d'intérêt pour les activités, perte ou gain de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement moteur, fatigue ou perte d'énergie, auto dévalorisation et culpabilité, baisse de concentration, idées suicidaires. Le trouble dépressif persistant inclut la dysthymie du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4^{ème} Edition, APA, 2000) qui est une forme chronique avec des symptômes moins sévères mais plus durables et la dépression majeure chronique (distinguée par des critères impliquant : une humeur dépressive plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans et au moins deux symptômes sur six parmi les suivants : perte d'appétit ou hyperphagie, insomnie ou hypersomnie, baisse d'énergie ou fatigue, estime de soi faible, difficulté à se concentrer, désespoir (DSM-IV, 2000 ; Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

Dans le cadre de différentes études scientifiques, la dépression est définie aussi bien comme un trait de la personnalité que comme un "état" qui résulte de la présence de la maladie et de son impact sur l'état émotionnel du sujet. Dans notre étude nous considérerons la dépression comme un état, en évaluant l'impact que la maladie peut avoir sur l'état dépressif du sujet. Mais tout d'abord comment peut-on mesurer la dépression ?

1.2.2. Quelques mesures de la dépression

1.2.2.1. La Beck Depression Inventory (1961, 1996)

L'Inventaire de Dépression de Beck (BDI) est un des instruments les plus utilisés aujourd'hui. Il permet d'identifier la présence de symptômes dépressifs et d'en évaluer la sévérité chez les adolescents à partir de 13 ans et chez les adultes.

Le BDI comprend 21 items évaluant divers aspects : tristesse, pessimisme envers l'avenir, sentiment d'échec, manque de satisfaction/plaisir, sentiment de faute, de peine, de

haine ou de reproches à l'égard de soi-même, idées suicidaires, crises de larmes, irritabilité, désintérêt social et au travail, indécision, troubles de l'image du corps, du sommeil, de l'appétit, fatigue, perte de poids, désintérêt à l'égard de sa santé et de sa libido. Ces items ont en premier lieu été identifiés à partir de la pratique clinique de l'auteur mais sont congruents avec la littérature. Chaque catégorie décrit une manifestation du comportement spécifique de la dépression et est composée d'une série de 4 à 5 états. Les propositions ont été classées en fonction du degré de gravité allant de 'absence de symptômes' à 'très grave'. Une valeur numérique allant de zéro à trois est donnée à chaque proposition afin d'évaluer la sévérité du symptôme.

Les avantages du BDI sont une consistance interne élevée et une validité de contenu satisfaisante. La convergence élevée avec d'autres échelles de dépression est également un atout. En revanche, le BDI connaît un nombre de limites : l'instabilité des scores lors de courts intervalles de temps, les résultats différents en termes d'analyse factorielle et la validité discriminante restreinte vis-à-vis des troubles anxieux. Le BDI ne fait pas de distinction entre les différentes formes de dépression.

1.2.2.2. L'échelle de Hamilton

L'échelle de dépression de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression -HRSD-, appelée aussi : Hamilton Depression Rating Scale -HDRS et, en abrégé, HAM-D-), est un questionnaire d'hétéro-évaluation à choix multiples pour mesurer la sévérité de la dépression majeure d'un patient.

L'échelle de dépression de Hamilton est le test le plus utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Il est utilisable pour tout sujet adulte, y compris les personnes âgées, bien que certains aspects puissent être parfois inopérants (par ex. ceux qui font référence aux activités professionnelles alors qu'il peut s'agir de personnes en retraite). L'Échelle de dépression de Hamilton est aussi un des outils les plus utilisés par les

professionnels de la santé pour évaluer l'évolution des symptômes de la dépression lors du traitement (psychothérapie ou médicaments antidépresseurs). Cette échelle est conçue pour être utilisée par un professionnel formé lors d'une consultation à partir de ses observations et des réponses de la personne qui consulte. Pour cette raison, il faut considérer les résultats comme étant un peu plus approximatifs lorsque le test est utilisé par la personne elle-même. L'évaluation est généralement faite toutes les deux semaines. Plus la note est élevée, plus la dépression est grave avec un score de 10 à 13 qui correspond à des symptômes dépressifs légers, un score de 14 à 17 qui traduit des symptômes dépressifs légers à modérés et enfin un score supérieur à 18 qui annonce des symptômes dépressifs modérés à sévères. Cet outil possède aussi de bonnes qualités psychométriques.

1.2.2.3. La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Le HADS est un questionnaire également utilisé pour mesurer la dépression. Les caractéristiques de cet outil ont déjà été présentées dans le chapitre relatif à l'anxiété (voir supra). C'est sans doute l'outil le plus utilisé à ce jour pour évaluer l'état dépressif, en population normale ou clinique. Mais comment la maladie agit-elle sur l'état dépressif du sujet malade ?

1.2.3. Prévalence de la dépression chez le sujet malade

De très nombreuses études ont été menées à ce jour sur différentes pathologies somatiques où la dépression est considérée soit comme facteur de risque soit comme effet secondaire de la maladie. En ce qui concerne la dépression comme facteur causal, les résultats des études ne sont pas consensuels. La dépression reste néanmoins une maladie psychique grave et doit être traitée en tant que telle.

Selon une étude de Steptoe menée en 2007, la prévalence de la dépression chez les patients ayant des troubles somatiques varie de 15 à 61%. Clarke et Currie, ont effectué en

2009 une synthèse des études publiées entre 1995 et 2007 sur la co-occurrence entre dépression et maladies physiques : la dépression affecte 14% à 50% des patients ayant eu un accident cardiaque aigu, 5% à 44% de ceux ayant eu un AVC, 8% à 52% des patients diabétiques, 14% des asthmatiques, 20% à 50% des patients atteints de cancer et 13% à 17% des patients atteints d'arthrite rhumatoïde ou d'ostéoporose. Selon la World Health Survey, la prévalence de la dépression est de l'ordre de 3.2% dans la population générale, de 9.3% à 18% chez les patients ayant une pathologie physique et jusqu'à 23% chez les patients atteints de deux ou plusieurs pathologies physiques chroniques (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel et Ustun, 2007).

Il a été observé aussi que plus que la moitié de sujets dépressifs sont atteints d'au moins une maladie somatique (Moldin, Scheftner, Rice, Nelson, Knesevich et Akiskal, 1993). Une causalité inverse a été aussi évoquée, notamment dans le cadre de maladies cardiovasculaires (Meijer, Zuidersma et M De Jonge, 2013) mais le sens de la relation n'est pas aisé à établir car la plupart de recherches sont transversales ou rétrospectives.

A retenir : La prévalence de la dépression chez le sujet malade a été très largement étudiée et les résultats soulignent que l'état dépressif est statistiquement plus important chez le sujet malade que le sujet sain mais les liens de causalité ne sont pas encore concluants. Dans le cadre du cancer, la littérature abonde aussi d'études consacrées à l'état dépressif et souvent les auteurs abordent l'état dépressif et l'état anxieux en même temps, ce que l'on appelle 'état anxio-dépressif'. D'ailleurs, l'existence de l'échelle HADS et sa large utilisation scientifique témoignent à notre sens cette tendance. Nous avons choisi donc d'aborder cette question de la même manière.

1.3. Etat anxio-dépressif et cancer

1.3.1. Dépression et morbidité

La dépression est souvent présente dans le cadre d'une maladie cancéreuse et souvent associée à un mauvais pronostic et une morbidité importante. Stommel, Given et Given (2002) ont trouvé que les patients atteints de différents types de cancer (N= 871) qui présentaient une symptomatologie dépressive en lien avec leur maladie après le diagnostic, avaient les mêmes chances de survie que les patients sans symptomatologie dépressive, mais par contre, les patients ayant des antécédents de dépression avant la maladie avaient deux fois et demie plus de risques de mourir pendant les 19 mois suivant le diagnostic que les patients sans antécédents de dépression. Brown, Levy, Rosberger et Edgar (2003), ont aussi trouvé que la symptomatologie dépressive était le prédicteur psychologique le plus important d'une survie moins longue chez les patients atteints de cancer, une fois les facteurs démographiques et médicaux contrôlés.

1.3.2. Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les patients atteints de cancer

Kang, Kim, Bae, Kim, Shin, Yoon et Kim (2015) ont effectué une revue de la littérature sur la prévalence de la dépression chez les patients atteints d'une maladie somatique et plus particulièrement de cancer et ont constaté que 10.8% des patients présentaient un syndrome dépressif majeur. Kang, Bae, Kim, Shin, Yoon et Kim (2015) a aussi étudié la prévalence de l'anxiété chez le sujet âgé (N=1204) atteint de cancer et la prévalence s'élevait à 38%. Ng, Boks, Zainal et de Wit (2011) ont effectué une revue de la littérature en incluant 31 études et ont relevé que 10.8% des patients (N=9248) atteints de cancer présentaient un syndrome dépressif majeur. Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak et de Bock (2015) ont également réalisé une revue de la littérature sur la prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les patientes atteintes de cancer du sein (17 études). Les différentes études montrent une prévalence de dépression de 9.4% à 66.1% dans cette

population et une prévalence d'anxiété de 17.9% à 33.3%. Ces mêmes auteurs ont trouvé qu'il y a une augmentation du risque de dépression chez ces patientes pendant un an après l'annonce du diagnostic, ce risque diminuant ensuite progressivement avec le temps.

A retenir : La prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints de cancer a été largement étudiée à ce jour. Les recherches présentées concluent que la prévalence de l'anxiété varie entre 17% et 38% environ et celle de la dépression de 9% et 66% environ. Si la prévalence de l'état anxio-dépressif semble assez élevée dans les études mentionnées, il convient de noter que la majorité d'entre elles sont des études rétrospectives, ce qui limite la portée de ces résultats. Qu'en est-il maintenant des liens entre la dépression et la maladie cancéreuse et plus particulièrement du cancer hématologique ?

1.3.3. Etat anxio-dépressif et cancer hématologique

1.3.3.1. Prévalence de l'anxiété et de la dépression chez cette population

Nombre d'études ont porté sur les liens entre la dépression et le cancer chez les patients cancéreux. Nous avons fait les choix de nous concentrer principalement sur les études effectuées auprès de sujets atteints d'une hémopathie maligne (leucémie aiguë ou chronique, lymphome, myélome, myélodysplasie, aplasie médullaire) car ils correspondent à notre population d'étude.

Linden, Vodermaier, Mackenzie et Greig, en 2012, ont effectué une étude sur l'état psychologique de patients atteints de cancer. Ils ont inclus dans leur étude les patients consultant dans deux grands centres anticancéreux et ont évalué l'état anxio-dépressif, le soutien social perçu, le soutien social souhaité et la qualité de vie de ces sujets. Dix mille cent cinquante trois patients ont été inclus entre 2004 et 2009, avec une moyenne d'âge de 59 ans, 45% d'hommes et 55% de femmes. La majorité de patients avait un cancer du sein (N=1598) et de la prostate (N=1334) ; les autres sujets étaient traités pour diverses autres formes de

cancers, notamment hématologiques, pour 9.6% des patients inclus, soit 971 sujets. Cette étude a montré que 19% de patients atteints de cancer présentaient une anxiété clinique et 22.6% des patients un niveau sub-clinique. Le sexe est une variable importante, les femmes étant deux fois plus susceptibles que les hommes de développer une anxiété clinique face à leur cancer. Les auteurs ont également trouvé que les patients atteints d'un cancer hématologique sont, avec les patients atteints de cancers gynécologiques et du poumon, parmi les patients les plus anxieux. L'âge reste une variable importante mais malgré le fait que les jeunes patients (moins de 50 ans) aient une anxiété plus importante que les patients plus âgés (plus de 70 ans), les différences ne sont pas significatives. Cependant les patients atteints de cancers gastro-intestinaux, hématologiques et neuroendocriniens étaient plus de deux fois susceptibles d'avoir des niveaux d'anxiété cliniques que leurs homologues plus âgés. Dans cette même étude, 12.9% des patients présentaient une dépression clinique et 16.5% des patients un niveau de dépression sub-clinique. Comme pour l'anxiété, les femmes sont deux fois plus susceptibles de développer une dépression face à leur cancer que les hommes et, de la même manière, les femmes atteintes de cancers hématologiques figurent parmi les patients présentant une plus haute prévalence de symptomatologie dépressive (23.2%). Concernant l'âge, les jeunes patients présentent plus souvent une symptomatologie dépressive que les plus âgés mais les différences restent peu significatives. Cependant les patients atteints d'un cancer hématologique sont toujours parmi les plus dépressifs, surtout ceux qui sont dans le groupe d'âge moyen.

Les résultats de cette étude, plutôt unique dans son genre du fait qu'elle étudie un très grand nombre de patients et surtout avec des localisations cancéreuses diverses, ont été comparés à ceux d'autres études et la prévalence de l'anxiété clinique et de la dépression clinique chez les patients atteints de cancer varient également entre 13% et 19% (Brintzenhofe-Szoc, Levin, Kissane et Zabora, 2009 (N=8265, prévalence de l'anxiété chez 12.4% des patients et de dépression, chez 18.3%)) ; Caminiti, Campione, Sivelli, Diodati et

Passalacqua, 2004 (N=3197, 34% de la prévalence d'une anxiété et d'une dépression de moyenne à sévère) ; Hinz, Krauss, Hauss, Hockel, Kortman, Stolzenburg et Scharz (2010) (N=1529), ont révélé que chez les jeunes patients la prévalence de l'anxiété et de la dépression était plus beaucoup importante chez les patients atteints de cancer que dans la population générale tandis que chez les plus âgés les différences sont moins importantes).

D'autres études ont trouvé que la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints de cancer hématologiques varie entre 20% (Santos, Kozasa, Chauffaille, Colleoni et Leite, 2006) et 30% (Romito, Montanaro, Corvasce, di Bisoglie et Mattioli, 2008) pour l'anxiété et de 14% à 51% pour la dépression (Montgomery, Pocock, Titley et Lloyd, 2003), ce qui confirme les résultats de cette étude de Linden et al., (2012) dans laquelle les patients atteints de cancers hématologiques figuraient parmi ceux pour lesquels la prévalence de l'anxiété et de la dépression était le plus élevée. Plus en détails, Santos, Kozasa, Chauffaille-Mde, Colleoni et Leite (2006) ont constaté, sur une population de 107 patients atteints de différents types de cancers hématologiques (leucémie aigue lymphoblastique, leucémie aigue myeloblastique, lymphome non hodgkinienne et myélome multiple) que 20.7% et 16.8% de la population présentaient respectivement une anxiété élevée et une dépression élevée.

Boyes, Girgis, D'Este et Zucca (2011) ont également examiné la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez 1.323 patients atteints de cancer, six mois après le diagnostic initial. Chez les patients ayant un cancer hématologique (n=181), la prévalence de l'anxiété était de 27% et celle de la dépression de 17%.

A retenir : la prévalence d'un état anxio-dépressif chez les patients atteints d'un cancer hématologique est importante et ce type de cancer figure parmi ceux où l'état anxio-dépressif est le plus élevé. Des facteurs sociodémographiques tels que l'âge et le sexe semblent être

prédicteurs de cet état. Mais existe-il d'autres prédicteurs ? Et quel peut être en être leur impact sur l'état anxio-dépressif ?

1.3.3.2. Prédicteurs de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints d'un cancer hématologique

Clinton-McHarg, Carey, Sanson-Fisher, Tzelepis, Bryant et Williamson (2014) ont étudié la prévalence de l'anxiété et de la dépression (à l'aide de la HADS de Zigmund et Snaith, 1983) et leurs liens avec certaines variables sociodémographiques et médicales, chez des patients atteints d'un cancer hématologique. Trois cent quatre patients ont participé à cette étude parmi lesquels 27% rapportent une anxiété et 17% une dépression face à leur maladie. Cinq pour cent de ces patients rapportent une dépression sans présence d'une anxiété mais 15% rapportent une anxiété sans dépression et 12% rapportent à la fois une anxiété et une dépression. Selon cette étude, le fait d'être éloigné de son domicile pendant les soins médicaux et d'être un ancien fumeur augmente le niveau de l'anxiété et de la dépression de manière significative.

Romanowicz, Ehlers, Walker, Decker, Rundell, Shinozaki, Litzow, Hogan, Mrazek et Black, (2012) ont suggéré que des facteurs génétiques pourraient être responsables d'une détresse chez les patients atteints d'une leucémie en attente d'une greffe de moelle osseuse (N=107). Schumacher, Sauerland, Silling, Berdel et Stelljes, (2014) ont étudié l'impact de la résilience sur l'ajustement psychosocial de patients allogreffés. La résilience décrit une forme de résistance aux stressors. En psychologie, ce terme correspond à la capacité de l'individu à faire face de manière efficace aux situations aiguës ou chroniques de stress. Ces auteurs ont trouvé que la résilience peut s'avérer être un facteur protecteur pour les patients ayant subi une greffe de moelle osseuse : un niveau élevé de résilience est significativement corrélé à une meilleure qualité de vie et un meilleur fonctionnement social, mais aussi à un niveau moindre d'anxiété et de dépression.

Korszun, Sarker, Chowdhury, Clark, Greaves, Johnson, Kingston, Levitt, Matthews, White, Lister et Gribben (2014) ont exploré les facteurs psychosociaux susceptibles d'influencer l'impact du cancer chez des patients ayant survécu à un cancer hématologique. Sept cent dix-huit patients ont été interrogés ; Quinze pour cent des patients ont rapporté un score élevé d'anxiété et de dépression, 18% un niveau de fatigue élevé et 10% une déficience fonctionnelle modérée ou sévère, les patients ayant cette symptomatologie rapportant également une qualité de vie pauvre. Un impact de la maladie plus important était associé à une comorbidité médicale, une détresse psychologique, un soutien social pauvre et des niveaux élevés de fatigue et de déficience fonctionnelle ($p < 0,001$).

Razaei, Sharifian, Soleimani et Johanian (2012) ont trouvé qu'un syndrome dépressif plus au moins sévère a un impact important au niveau de la qualité de vie des patients atteints d'un cancer hématologique ($N= 93$). Levin, Li, Riskind et Rai (2007) ont investigué la dépression, l'anxiété et la qualité de vie chez des patients atteints d'une leucémie lymphoïde chronique en comparant deux groupes des patients, un groupe avec un traitement actif et un groupe sans aucun traitement. Cent cinq patients ont été inclus dans le protocole et les résultats ont trouvé qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en termes de dépression, d'anxiété et de qualité de vie (domaines physique et mental). L'âge semble jouer un rôle important selon cette étude, les patients de moins de 60 ans rapportant un niveau de dépression plus élevé ($p=0,14$) et une qualité de vie émotionnelle ($p=0,001$) et sociale ($p=0,002$) plus pauvre que les plus âgés. D'autre part, les jeunes patients du groupe de traitement non actif ont rapporté un niveau d'anxiété plus élevé. Enfin, selon cette étude les patients diagnostiqués il y a plus de 6 ans ont rapporté une qualité de vie physique moins bonne que les patients diagnostiqués récemment (avec une absence de différence dans les scores aux domaines social et émotionnel, de leur qualité de vie).

Amler, Sauerland, Deiters, Büchner et Schumacher (2015) ont étudié les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la satisfaction de la vie chez les patients ayant subi une

greffe de moelle osseuse. Ils ont inclus dans leur étude 41 patients avec une moyenne d'âge de 49 ans, ayant subi une greffe de moelle osseuse (moyenne de temps post-allogreffe : 3,1 ans). La satisfaction de la vie, la qualité de vie, l'état anxio-dépressif et la résilience ont été mesurés. Les résultats ont montré que l'autonomie dans les soins (accompagnée d'une absence de recherche d'aide), de bonnes conditions de vie et une sécurité financière contribuent à une meilleure satisfaction de la vie tandis que l'impossibilité d'avoir une activité professionnelle et des difficultés physiques ont un effet inverse. Une bonne qualité de vie est en lien fort avec une meilleure satisfaction de la vie, de même qu'une bonne résilience, tandis qu'une symptomatologie anxio-dépressive est associée à une pauvre satisfaction de la vie.

Une revue de la littérature effectuée en 2003 par Hoodin et Weber, a conclu, après une analyse méthodologique de différentes études existantes, que la survie après une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques pour une hémopathie maligne n'est pas affectée par une humeur dépressive ou autre trouble psychopathologique, ni par le soutien social, et ce, aussi bien chez les adultes que chez les enfants. D'autre part, une survie plus longue est significativement en lien avec des préoccupations anxieuses moindres, un esprit combatif élevé et une meilleure qualité de vie avant et peu après la greffe. Grulke, Bailer, Kachele et Bunjes (2005) ont aussi étudié le lien entre dépression et survie chez les patients avec une greffe de moelle osseuse et ont trouvé, qu'une fois les facteurs médicaux contrôlés, la dépression émergeait comme un facteur prédictif indépendant.

A retenir : divers facteurs tels que le contexte de la prise en charge médicale et la fatigue, des facteurs génétiques, des facteurs psychologiques tels que la résilience, la satisfaction de la vie et le soutien social sont en étroite corrélation avec l'état anxio-dépressif des patients atteints de cancer hématologique. Par ailleurs, l'état anxio-dépressif est significativement et négativement lié à la qualité de vie de ces patients. Mais qu'entend-on par qualité de vie et

comment celle-ci est-elle influencée plus spécifiquement par cet état mais aussi par d'autres facteurs tels que certaines caractéristiques sociodémographiques, médicales et/ou psychologiques ?

2. La Notion de qualité de vie

2.1. Définition

La qualité de vie (QDV) est une notion complexe, pluridisciplinaire et pluridimensionnelle. Selon Kaplan et Ries (2007) elle apparaît comme mot clé dans 4.500 articles publiés entre 1972 et 2002. Depuis 2002 elle est citée comme mot clé dans 500 articles par an, ce qui signifie qu'un grand nombre de scientifiques ont inclus cette notion à leur réflexion et à leurs recherches. La notion de qualité de vie a été souvent confondue avec des notions voisines, telles que le bonheur d'origine philosophique, le bien-être matériel d'origine économique, le bien-être subjectif d'origine psychologique et sociologique et la santé mentale d'origine psychiatrique. Le concept de la qualité de vie semble le plus général de tous ces concepts. Selon Cummins (2005), la qualité de vie est un concept multidimensionnel influencé par des facteurs personnels et environnementaux et par leurs interactions, pouvant être évalué objectivement et/ou subjectivement. Aujourd'hui, il semble que les perspectives couvertes par les sciences de la médecine, de la sociologie et de la psychologie sociale, se heurtent encore et se disputent au niveau de l'étiologie de la qualité de vie et de ce qu'elle englobe en termes de concept. On notera qu'il existe un nombre important de définitions de cette notion, mais il semble que celle qui soit la plus communément admise est attribuée à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette définition positionne la qualité de vie dans le champ de la santé publique et la définit comme : " la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. C'est un concept intégratif large, influencé de manière complexe par la santé

physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'autonomie, ses relations sociales, en relation avec les caractéristiques essentielles de son environnement " (World Health Organization, 1994). L'OMS distingue six domaines qui permettent d'éclairer le concept de qualité de vie. Il s'agit des domaines :

1. physique,
2. psychologique,
3. indépendance de la personne,
4. relations sociales,
5. environnement,
6. spiritualité et croyances personnelles.

La qualité de vie renvoie à la perception d'un soi social, conception qui offre l'avantage d'inclure et de considérer des systèmes complexes qui s'articulent autour du lien permanent qui s'exerce entre l'individu et l'environnement global et immédiat dans lequel il se situe. Cette optique intégrative prend en considération la dynamique des interactions ainsi que les composantes liées à l'environnement et à l'individu sur un mode d'auto et d'hétéro évaluation de la qualité de vie (Lourel, 2007).

L'un des programmes les plus ambitieux, en matière d'évaluation de la qualité de vie, est celui lancé par l'OMS, visant à apporter une mesure fiable au plan international. Il s'intitule « World Health Organization Quality Of Life » (WHOQOL). Il a donné lieu à l'élaboration d'un outil du même nom ainsi qu'à son adaptation dans quinze pays (WHOQOL Group, 1995, 1998a, 1998b). Les qualités métrologiques de cet instrument sont très satisfaisantes.

Selon Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014), malgré la multitude de définitions sur la qualité de vie, on retrouve des points communs entre elles : tout d'abord, le fait qu'il s'agisse d'une notion globale et multidimensionnelle, comprenant plusieurs dimensions (santé physique, psychologique, sociale, etc.) évaluées objectivement (par exemple, l'état de santé)

et/ou subjectivement (par exemple, la satisfaction vis-à-vis d'un domaine). La qualité de vie est influencée par des facteurs généraux (environnement, culture) mais aussi plus personnels (normes, valeurs, croyances ou autre).

2.2. Les domaines et les composantes de la qualité de vie

2.2.1. Le domaine physique de la QDV

La notion de la qualité de vie liée à la santé englobe la santé subjective (physique et mentale) ainsi que ses répercussions sur les autres domaines de la qualité de vie. Elle est donc plus vaste que celle de santé subjective et ne concerne pas le fonctionnement général des individus mais spécifique.

Le domaine physique de la qualité de vie comprend deux sous-domaines, la santé physique (état de santé) et les capacités fonctionnelles (autonomie), qui se subdivisent à leur tour en composantes plus fines. La santé physique comprend l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes et divers indicateurs biomédicaux. Les capacités fonctionnelles incluent le statut fonctionnel, la mobilité, les activités quotidiennes pouvant être accomplies et la relative autonomie (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

2.2.2. Le domaine psychologique de la QDV

Le domaine psychologique comprend la présence d'émotions et affects positifs, mais aussi l'absence, la rareté ou la faible intensité des affects négatifs (anxiété, dépression). Dans ce domaine nous pouvons trouver aussi la composante cognitive (pensée, mémoire, apprentissage, concentration) ainsi que des processus évaluatifs comme l'estime de soi (confiance en soi, satisfaction vis-à-vis de soi, de ses capacités) et la satisfaction vis-à-vis de son apparence et de son corps (image du corps). La spiritualité, les croyances personnelles et la religion sont aussi parfois incluses à ce domaine.

Si nous prenons l'exemple du WHOQOL-100, (World Health Organisation Quality of life), (WHOQOL Group 1994), le domaine psychologique de la qualité de vie est subdivisé en cinq composantes : les affects positifs, les affects négatifs, l'estime de soi, les capacités cognitives, l'image du corps et l'apparence perçue (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

2.2.3. Le domaine social de la QDV

Les relations et activités sociales des individus constituent le troisième domaine majeur de la qualité de vie. Les relations sociales concernent plusieurs aspects de la vie sociale (famille, amis, vie professionnelle, citoyenne). Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations suffisant en quantité (intégration sociale) et en qualité (intimité, réciprocité).

2.2.4. Autres domaines

Face à ces trois domaines majeurs de la qualité de vie, à la fois distincts mais intercorrélés, nous retrouvons, selon les différentes études et les différentes mesures de la qualité de vie, d'autres domaines tels que l'environnement, le bien-être, l'autonomie. Ce qui est certain, à ce jour et à notre connaissance, c'est qu'il n'y a pas de consensus entre les chercheurs quant aux domaines de la qualité de vie et que cette notion n'est pas définitive, ni stabilisée. En 2005, Cummins signale l'urgence d'élaborer des modèles réfutables de la qualité de vie, afin d'arriver à un consensus sur les domaines et les sous-domaines de ce concept ainsi que leur structuration et leurs interactions. Ce qui souligne encore plus le fait que pour une étude en psychologie nous ne pouvons pas avoir un score unique sur la qualité de vie mais seulement des sous-scores de chaque domaine. La qualité de vie n'est, de cette manière, pas une notion globale mais une notion multidimensionnelle pouvant être interprétée seulement en tant que telle.

2.3. La qualité de vie liée à la santé

La qualité de vie liée à la santé renvoie aux aspects de la qualité de vie et du fonctionnement qui sont tributaires de l'état de santé du sujet. La mesure de la qualité de vie ainsi obtenue est plus restreinte qu'une mesure globale, représentative de la qualité de vie générale d'un sujet, mais elle permet une évaluation spécifique et plus discriminative au sein d'un groupe de sujets faisant l'expérience d'une même situation (Bruchon-Schweitzer, 2002). De nos jours, il est devenu fondamental de restaurer et/ou de préserver la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique et/ou grave et de construire des outils permettant d'évaluer le retentissement global (physique, psychique, familial, social, mental) de pathologies somatiques. La définition d'une qualité de vie liée à la santé correspond mieux au domaine de l'évaluation médicale et constitue, entre autres, un indicateur de résultat pour apprécier les conséquences d'une pathologie et/ou les différents effets de la prise en charge (Leplège, 1999). C'est cette dimension de la qualité de vie qui nous allons explorer dans notre étude.

2.4. Les mesures de la qualité de vie

Il existe aujourd'hui un grand nombre des mesures pour évaluer la qualité de vie. Il y a trois grandes catégories de mesures de la QDV : les mesures génériques, les mesures liées à la santé générale et celles relatives à la santé spécifique. Ici nous nous intéressons surtout aux mesures de la qualité de vie liées à la santé générale et spécifique.

2.4.1. Instruments génériques

S'agissant des instruments génériques, nous pouvons citer à titre indicatif le Nottingham Health Profile (NHP-ISP) qui comporte 38 items évaluant 6 dimensions (énergie, douleurs, émotions, isolement, sommeil, mobilité) (Hunt, McEwen et McKenna, 1981 ; 1989). Le "Sickness Impact Profile" (SIP) qui comporte 138 items et 12 dimensions

(sommeil et repos, alimentation, travail, tâches ménagères, loisirs et divertissements, ambulation, mobilité, soins personnels et gestes quotidiens, vie sociale, degré d'éveil, comportement émotionnel, communication) (Bergner, Bobbitt et Carter, 1981). Ces deux questionnaires sont traduits en français et présentent des bonnes qualités psychométriques.

2.4.2. Les mesures de la qualité de vie liée à la santé

Le "Medical Outcome Study" Short Form-36 items, plus connu sous l'acronyme SF-36 ou MOS SF-36, est constitué de 36 items et couvre 8 dimensions de la qualité de vie liée à la santé [fonctionnement physique, limitations dues à la santé physique, douleurs, fonctionnement social, santé mentale, limitations dues à des problèmes émotionnels, vitalité, énergie et fatigue et santé générale perçue]. Les items initiaux ont été collectés sur plusieurs milliers de patients souffrant de pathologies diverses, suivis pendant quatre ans (Ware et Sherbourne, 1992). Il existe de versions plus courtes de cet outil (SF-20, SF-12). Cet outil a été adapté et validé dans quinze pays différents dont la France (Ware, Kosinski, Gandek, Aaronson, Apolone, Bech, Brazier, Bullinger, Kaasa, Leplège, Prieto et Sullivan, 1998). La SF-36 est une échelle de qualité de vie liée à la santé (auto ou hétéro administrée) comprenant la santé physique, émotionnelle et sociale. Elle peut convenir à une large population de patients atteints de tous types de pathologies, bénignes ou malignes. Ses qualités psychométriques en termes de sensibilité, consistance interne, de fidélité test-retest et de validité sont très satisfaisantes.

Le WHOQOL-100 et le WHOQOL-26 (World Health Organization Quality Of Life), déjà mentionnés plus haut, résultent d'un projet international de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les deux questionnaires ont été élaborés et adaptés dans respectivement quinze et vingt-trois pays différents (WHOQOL Group, 1994). Les deux outils permettent de calculer un score global de qualité de vie, un score par domaine et d'établir un profil. D'un point de vue psychométrique, ils présentent une bonne sensibilité, une bonne fidélité et une bonne

consistance interne (Skevington, Lofty et O'Connell, 2004 ; McDowell, 2006). Le WHOQOL-26 a été traduit dans vingt langues dont le français (Leplège, Reveillere, Ecosse, Caria et Riviere, 2000).

2.4.3. Les Mesures spécifiques de la qualité de vie liée à la santé

Les outils spécifiques se sont avérés plus sensibles pour déceler, pour une pathologie donnée, l'impact de la maladie et des traitements sur les divers domaines de la vie (limitations, altérations, évolution favorable) et ils sont plus discriminatifs lorsque l'on compare des patients recevant des traitements différents. Il existe aujourd'hui des échelles de qualité de vie liée à la santé pour pratiquement chaque pathologie mais aussi des échelles spécifiques de la qualité de vie liée à la santé pour les enfants et les adolescents (25 environ) (Davis, Mackinnon, Reddihough et Graham, 2006 ; Etienne, Dupuis, Spitz, Lemétayer et Missotten, 2011 ; Fayed, de Camargo, Kerr, Rosenbaum, Dubey, Bostan, Faulhaber, Raina et Cieza, 2012).

Le QLQ-C30 a été élaboré par l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) réunissant seize pays européens en plus de l'Australie, du Canada, des Etats-Unis et du Japon. Il s'agit d'un outil spécifique pour les patients atteints de cancer. Il est composé de 30 items qui mesurent neuf dimensions de la qualité de vie. C'est un bon outil, avec une fidélité test-retest, une consistance interne et une validité convergente satisfaisantes. Les neuf facteurs sont stables d'une étude à l'autre et se regroupent en deux facteurs de deuxième ordre : qualité de vie physique et qualité de vie psychologique (Kemmler, Holzner et Kopp, 2002). Ce questionnaire a été très largement utilisé dans le domaine de la recherche clinique en cancérologie, aussi bien d'un point de vue psychologique que médical. Mais qu'en est-il de la qualité de vie chez ces patients ? Comment le cancer influence-t-il la qualité de vie

des patients et quelles sont les prédicteurs psychologiques et sociodémographiques d'une plus ou moins bonne qualité de vie chez cette population ?

2.5. Qualité de vie, cancer hématologique et allogreffe de moelle osseuse

Dans la littérature nous retrouvons un très grand nombre d'études portant sur la qualité de vie de patients en cancérologie. Il en est de même, dans le domaine plus spécifique de l'onco-hématologie. De ce fait, nous avons fait le choix d'aborder dans un premier temps la question de la qualité de vie en onco-hématologie de manière générale, puis plus particulièrement dans le cadre d'une allogreffe de moelle osseuse.

2.5.1. Qualité de vie et cancer hématologique

Une récente revue de la littérature concernant les facteurs psychologiques associés à la qualité de vie de patients atteints d'un cancer hématologique a été menée à l'Université de Bordeaux en collaboration avec l'Institut Bergonié et L'université de Montpellier 3 (Allart, Soubeyran, et Cousson-Gélie, 2013). Cette revue a analysé 14 études menées entre 1999 et 2010 sur un nombre total de 1.647 sujets cancéreux et 236 sujets sains.

Des liens ont été constatés entre la personnalité et la qualité de vie. Plus spécifiquement, une étude rapporte des corrélations positives entre le sens de la cohérence⁵ et la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'un lymphome hodgkinien (Wettergren, Björkholm Axdorph et Langius-Eklöf, 2004). Une autre recherche suggère des liens positifs entre la qualité de vie et un niveau élevé d'estime de soi chez les patients allogreffés, trois ans après le traitement (Broers, Kaptein, Le Cessie, Fibbe et Hengeveld, 2000). Dans une troisième étude, les auteurs constatent une association positive entre assurance, confiance en soi, auto-efficacité, estime de soi, capacité à prendre de décisions,

⁵ Le sens de cohérence est un processus de pensée consistant à croire qu'une situation stressante est prévisible, explicable et structurée, qu'elle est un défi méritant que l'on s'implique, et que les ressources nécessaires pour faire face sont disponibles (Antonovsky, 1987 in Bruchon-Schweitzer, 2002).

pensée positive et bien-être psychologique (un des domaine de la qualité de vie) (Zebrack, 2000).

Des corrélations ont été rapportées entre la qualité de vie et les stratégies de coping. Cette même revue de Allart et al., (2013) a relevé deux études qui mentionnent une relation significative entre la qualité de vie, le coping et la détresse émotionnelle : l'esprit combatif était associé à une meilleure qualité de vie alors que la perte d'espoir, le sentiment d'impuissance, le fatalisme et les préoccupations anxieuses étaient fortement corrélés à une faible qualité de vie chez les patients atteints de leucémie. La détresse émotionnelle, quant à elle, était en associée de manière positive à la perte d'espoir et à un sentiment d'impuissance (O'Connor, Guilfoyle, Breen, Mukhardt et Fisher, 2007 ; Montgomery et al., 2003).

Deux recherches mentionnent des liens significatifs et positifs entre le soutien social et la qualité de vie, chez des patients atteints de différentes avec types d'hémopathies malignes (Smith, Crespi, Peterson, Zimmerman et Ganz, 2010 ; Santos et al., 2006). D'autre part, des interactions satisfaisantes avec la famille et les amis semblent être associées à une meilleure qualité de vie sociale (Zebrack, 2000).

Avoir un regard optimiste vis-à-vis de sa maladie et se sentir plein d'espoir pour l'avenir sont aussi des prédicteurs d'une bonne qualité de vie chez les patients atteints de leucémie et de lymphome (Zebrack, 2000). Une anxiété élevée, une dépression et une fatigue importante sont corrélées à une qualité de vie pauvre (Santos et al., 2006 ; Broers et al., 2000 ; Zittoun, Achard, Ruzniewski, 1999).

En ce qui concerne les facteurs sociodémographiques, les hommes présentent une meilleure qualité de vie que les femmes et un niveau éducatif élevé est corrélé à une meilleure qualité de vie ; en revanche, un âge avancé, une situation financière inconfortable, le fait d'être célibataire, divorcé ou veuf(ve) et la consommation de tabac figurent parmi les facteurs ayant un impact négatif sur la qualité de vie (Slovacek, Slovackova, Pavlik et Jebavy, 2007 ;

Slovacek, Slovackova, Blazek et Jebavy, 2007 ; Slovacek, Slovackova, Jebavy, 2007 ; Slovacek, Slovackova, Jebavy L. et Macingova, 2007).

A retenir : Des liens ont été constatés entre la qualité de vie et la personnalité, entre la qualité de vie, les stratégies de coping et le soutien social, entre la qualité de vie et l'état anxio-dépressif et enfin entre la qualité de vie et des facteurs sociodémographiques chez les patients suivis en onco-hématologie. Qu'en est-il de l'allogreffe de moelle osseuse qui, comme cela a été abordé au premier chapitre, représente un traitement spécifique et avec un impact sur le long terme ?

2.5.2. Qualité de vie et allogreffe de moelle osseuse

2.5.2.1. Variation de la qualité de vie pendant et après une allogreffe de moelle osseuse.

Une revue de la littérature publiée en 2009 par Pidala, Anasetti et Jim a rassemblé de nombreuses études portant sur la QDV chez les patients allogreffés afin de faire un point sur les variations de la QDV aussi bien pendant l'allogreffe que pendant la période qui suit.

Tout d'abord sur le domaine physique de la QDV, ces auteurs citent six études qui suggèrent que la QDV physique baisse très rapidement après l'allogreffe, donc pendant l'hospitalisation, pour rapidement s'améliorer entre 30 et 100 jours après l'allogreffe (Syrjala, Langer, Abrams, Storer, Sanders, Flowers et Martin, 2004 ; McQuellon, Russell, Rambo, Craven, Radford, Perry, Cruz et Hurd, 1998 ; Bevans, Marden, Leidy, Soeken, Cusack, Rivera, Mayberry, Bishop, Childs et Barrett, 2006 ; Altmaier, Ewell, McQuellon, Geller, Carter, Henslee-Downey, Davies, Papadopoulos, Yanovich, et Gingrich, 2006 ; Syrjala, Chapko, Vitaliano, Cummings, Sullivan, 1993 et Schulz-Kindermann, Mehnert, Scherwath, Schirmer, Schleimer, Zander et Koch, 2007). Ce niveau de QDV arrive à une phase de plateau un an en moyenne après la greffe (Syrjala et al., 2004 ; Bevans et al., 2006) et continue à

s'améliorer jusqu'à 4 ans après l'allogreffe (Bush, Donaldson, Haberman, Dacanay et Sullivan, 2000). Une autre étude de Syrjala, Dikmen, Langer, Roth-Roemer et Abrams (2004) a rapporté une certaine fluctuation avec le temps du domaine physique de la qualité de vie chez cette population, avec 25% de patients qui signalent des limitations majeures tout de suite après la greffe, 44% à 90 jours de l'allogreffe, 12% à un an, 22% à trois ans et 18% à cinq ans.

En ce qui concerne la QDV émotionnelle, les différentes études mentionnées dans cette revue suggèrent que c'est ce domaine qui est le plus compromis avant et tout de suite après l'allogreffe (McQuellon et al., 1998 ; Bevans et al., 2006), avec une nette amélioration à la sortie de l'hôpital et jusqu'à 100 jours post-greffe (Bevans et al., 2006 ; Syrjala et al., 1993 ; Schulz-Kindermann et al., 2007). Certaines études suggèrent que ce domaine reste stable par la suite (Syrjala et al., 1993 ; McQuellon et al. 1998) et d'autres qu'il y a une nouvelle amélioration à deux et à quatre ans post-greffe (Bevans et al., 2006 ; Bush et al., 2000).

Concernant le domaine social de la QDV, cette revue ne relève pas de consensus. Certains auteurs retrouvent une amélioration au bout de 90 jours post-greffe (Syrjala et al., 1993 ; Hjerstad, Evensen, Kvaloy, Fayers et Kaasa, 1999) ainsi que des améliorations significatives au bout de trois et quatre ans (Hjerstad, Knobel, Brinch Fayers, Loge, Holte et Kaasa, 2004 ; Bush et al., 2000). Lee, Fairclough, Parsons, Fairclough, Parsons, Soiffer, Fisher, Schlossman, Antin et Weeks (2001) ont trouvé que les patients retrouvent un niveau jugé satisfaisant de leurs relations sociales à six mois postgreffe (pour 52% des sujets), à un an (pour 77%) et à deux ans (pour 84%). En revanche, Schulz-Kindermann et al., (2007) font état d'une détérioration au bout de 100 jours post-greffe et enfin McQuellon et al., (1998) ne trouvent aucun changement dans la QDV sociale des patients au cours du temps.

En ce qui concerne le domaine des activités, après une dégradation immédiate au moment de l'allogreffe il y a, de manière générale, une amélioration continue dans le temps (Hjermstad et al., 2004 ; Hjermstad et al., 1999) ; Lee et al., 2001 ; Bush et al., 2000).

Enfin, la QDV globale semble être également très éprouvée au moment de la greffe avec une quasi-totale amélioration au bout de 100 jours selon les différentes études (McQuellon et al. 1998 ; Schulz-Kindermann et al., 2007 ; Bevans et al., 2006). Après 100 jours, elle continue de s'améliorer à six mois (Broers et al., 2000 ; Chang, Orav, McNamara et Antin, 2005) à un an (McQuellon et al., 1998 ; Bevans et al., 2006 ; Lee et al., 2001 ; Broers et al., 2000 ; Andrykowski, Bruehl, Brady, Henslee-Downey, 1995 ; Chang et al., 2005), à deux ans (Bevans et al., 2006 ; Lee et al., 2001) et à trois ans (Broers et al., 2000 ; Hjermstad et al., 1999). Buch et al. (2000) ont trouvé qu'à 1, 2, 3 et 4 ans après l'allogreffe, 73%, 76%, 81% et 80% de patients respectivement ont retrouvé une excellente qualité de vie globale.

Gifford, Sim, Horne et Ma (2013) ont étudié l'état de santé de patients australiens deux ans après une allogreffe. Ils constatent que la QDV à deux ans est similaire à celle de la population générale australienne quand elle est estimée par les patients. Cependant, quand la QDV est évaluée par les hématologues, 29% des patients éprouvent des symptômes (léthargie, dépression, anxiété, insomnie, douleurs) ainsi qu'une situation de chômage.

Grant, Cooke, Williams, Bhatia, Popplewell, Uman et Forman (2012) ont étudié la qualité de vie de 282 patients le jour de leur sortie d'hospitalisation après une greffe de moelle osseuse. Les résultats ont montré un score faible de QDV dans les domaines psychologique et social (respectivement 5 et 7), alors que les scores de QDV globale et de QDV physique et spirituel/bien-être restaient satisfaisants (respectivement 6,3 et 7,1 sur 10), les hommes ayant par ailleurs une QDV significativement meilleure que les femmes. Ces auteurs ont souligné les défis physiques, psychologiques, sociaux et spirituels que représente pour les patients allogreffés le moment de la sortie de l'hôpital.

Une autre revue de la littérature, très intéressante, réalisée par Grulke, Albani et Bailer (2012) a recensé les principales études qui ont évalué la QDV de patients ayant subi une greffe de cellules souches (autogreffe ou allogreffe) à l'aide du QLQ-C30 (questionnaire de QDV spécifique au cancer), outil que nous avons présenté en amont. Ces auteurs concluent que pour la QDV globale, la nette détérioration observée pendant la période de l'hospitalisation est suivie par une amélioration modérée après la sortie de l'hôpital et que, un an après, on arrive à un score maximal qui est d'environ 10 points au dessous du score révélé avant la greffe. Pour la QDV physique, le score maximal se situe entre 7 à 12 mois post-greffe. Quant au domaine des activités quotidiennes, il est très détérioré pendant l'hospitalisation mais une nette amélioration est observée après la sortie, avec un niveau maximal à un ou deux ans post-greffe. Enfin la QDV sociale semble modérément impactée au départ, avec une nette amélioration également à un an post-greffe. La fatigue, l'insomnie et la dyspnée sont les domaines de la qualité de vie le plus altérés dans le long terme. Enfin, les nausées diminuent de manière très importante très vite après la sortie de l'hôpital, mais la perte d'appétit reste importante au cours des 6 mois post-greffe. La constipation ne semble pas être un problème majeur pour ces patients et des symptômes comme les diarrhées et la douleur diminuent de manière très importante dès la sortie. Les problèmes financiers sont aussi des aspects importants dans le long terme, du fait de la maladie et des traitements. Cette étude est très intéressante parce qu'elle donne une idée assez complète de l'évolution de la qualité de vies de patients greffés dans le long terme ; elle peut servir de base de référence pour les cliniciens. Enfin, de manière générale les résultats de cette étude corroborent nos constats cliniques quant à l'évolution au cours du temps de la qualité de vie des sujets qui ont eu une greffe de moelle osseuse.

D'autres auteurs ont évalué la qualité de vie et la survie à 5 ans ou plus après une greffe de moelle osseuse et ont conclu que les scores de la qualité de vie à 5 ans ou plus post-traitement atteignent un excellent niveau, avec même une meilleure qualité de vie chez ces

sujets greffés que ceux de la population générale (Le Bevans, Savani, Mitchell, Stringaris, Koklanaris et Barrett, 2010).

A retenir : Au cours d'une hospitalisation pour greffe de moelle osseuse, la qualité de vie est très impactée dans quasiment tous ses domaines. Après cette période critique une amélioration est observée dans tous les domaines 30 et 100 jours après ; cette amélioration continue à croître au cours des années qui suivent la greffe. Mais au delà des variations temporelles de la QDV, quels sont les principaux prédicteurs de la qualité de vie de ces sujets ayant bénéficié d'une greffe de moelle osseuse.

2.5.2.2. Prédicteurs de la QDV

El-Jawahri, Traeger, Kuzmuk, Eusebio, Vandusen, Shin, Keenan, Gallagher, Greer, Pirl, Jackson, Ballen, Spitzer, Graubert, McAfee, Dey, Chen et Temel (2015) ont étudié la QDV chez 90 patients hospitalisés pour une autogreffe (N=30), pour une allogreffe avec un conditionnement myelo-ablatif (N=30) et pour une allogreffe à conditionnement non-myéloablatif⁶ (N=30), pendant leur hospitalisation, ainsi que la QDV d'une personne de leur famille, considérée comme la plus proche. Trois mesures ont été effectuées : six jours avant la greffe, (autogreffe et allogreffe), un jour et huit jours après la greffe. Le pourcentage de patients anxieux était resté stable d'une mesure à l'autre alors que celui de patients avec un score élevé de dépression a plus que doublé huit jours après la greffe (passant de 15.6% à

⁶ Le conditionnement est le traitement par chimiothérapie qui précède la greffe de moelle, afin de préparer au mieux celle-ci à recevoir le greffon. Il y a deux types de conditionnement :

- le conditionnement myéloablatif : le but de cette préparation à la greffe consiste à détruire la moelle malade par une chimiothérapie ou une combinaison de chimiothérapie et de radiothérapie. Cette moelle délétère sera ensuite remplacée par une moelle saine. Ce traitement est avant tout réservé à de jeunes patients.

- le conditionnement non-myéloablatif : il s'agit d'un conditionnement atténué, on dit aussi « à intensité réduite » qui est de plus en plus proposé aux patients. Cela implique une préparation moins toxique et un risque moindre de complications. Il s'agit de favoriser la prise de greffe. Afin d'éviter le rejet du greffon, le traitement va consister dans un premier temps à neutraliser le système immunitaire du patient sans trop s'attaquer directement à sa maladie puis, en second lieu, à utiliser l'effet anti-tumoral et immunologique du greffon (effet GVL - Graft Versus Leukemia). Il va s'ensuivre un chimérisme mixte, c'est-à-dire une coexistence des cellules malades du patient avec le greffon du donneur. Puis progressivement, les lymphocytes du greffon vont prendre le dessus et éliminer les cellules délétères du malade.

37.8%). Les niveaux d'anxiété et de dépression lors de la première mesure se sont avérés être des prédicteurs de la QDV pendant l'hospitalisation, les patients ayant des niveaux élevés d'anxiété et de dépression rapportant une QDV très altérée pendant l'hospitalisation. Ces résultats mettent l'accent sur le fait que l'évaluation de la QDV reste un critère très dépendant de l'état anxio-dépressif de ces patients.

Janicsak, Masszi, Reményi, Ungvari et Gazdag (2013) ont étudié les facteurs déterminants de la qualité de vie après une greffe de moelle osseuse chez 121 patients hongrois. Les résultats suggèrent que la QDV de ces patients est très fortement influencée par des facteurs psychologiques tels que l'anxiété et la dépression ainsi que le chômage et le sexe, les femmes ayant une qualité de vie significativement moins bonne que les hommes. Par ailleurs, des antécédents psychopathologiques constituent un prédicteur important d'une qualité de vie moins bonne post allogreffe. Enfin, certains facteurs médicaux tels que la GVH (réaction du greffon contre l'hôte) ont un impact négligeable sur la qualité de vie. Ce résultat est assez surprenant par rapport aux résultats d'autres études qui mentionnent une forte corrélation entre QDV et GVH. Pidala et al., (2009) ont fait le point sur les divers prédicteurs de la qualité de vie. Ils ont comparé les résultats de 7 études qui ont investigué les liens entre une GVH⁷ et la qualité de vie. Les résultats sont sans appel : 6 de ces études ont trouvé un lien significatif négatif entre la GVH et les différents domaines de la qualité de vie (Syrjala et al., 1993 ; Worel et al., 2002 ; Fraser, Bhatia, Ness, Carter, Francisco, Arora, Parker, Forman, Weisdorf, Gurney et Baker, 2006 ; Chiodi et douze collaborateurs, 2000 ; Kiss, Abdollell, Jamal, Minden, Lipton et Messner, 2002 ; Lee et al., 2006). Ce résultat est concordant avec ce qui ressort de la revue de la littérature effectuée par Braamse, Gerrits, Meijel, Visser, Oppen, Boenink, Cuijpers, Huijgens, Beekman et Dekker (2012) concernant les prédicteurs de la qualité de vie des patients ayant subi une autogreffe ou une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques consécutive à une hémopathie maligne. Trente cinq études,

⁷ GVH (Graft versus Host) : réaction du greffon contre l'hôte. Elle est liée à l'effet des cellules immunitaires (lymphocytes) contenues dans le greffon contre les organes normaux du patient (notamment la peau, le foie et le tube digestif).

effectuées entre 2002 et 2010, ont été explorées. Dans la majorité des recherches, une forte association est mentionnée entre la présence d'une GVH et une qualité de vie globale et physique fortement altérée (Hochhausen, Altmaier, McQuellon, Davies, Papadopoulos, Carter et Henslee-Downey, 2007 ; Wong, Francisco, Togawa, Bosworth, Gonzales, Hanby, Sabado, Grant, Forman et Bhatia, 2010 ; Lee, Kim, Ho, Cutler, Alyea, Soiffer et Antin, 2006).

D'autre part, les facteurs liés au conditionnement de l'allogreffe, une symptomatologie dépressive, un faible sentiment d'efficacité personnelle, un optimisme peu élevé et un soutien social perçu comme insatisfaisant figurent, selon les différentes études, parmi les prédicteurs les plus saillants d'une QDV globale fortement altérée (Gulke et al., 2005 ; Wong et al., 2010 ; Andersson, Ahlberg, Stockelberg, Brune et Persson, 2009 ; Chang et al., 2005 ; Hochhausen et al., 2007).

A retenir : Selon les différentes études présentées, les prédicteurs les plus importants de la qualité de vie chez les patients allogreffes sont : des facteurs sociodémographiques tels que le sexe et l'activité professionnelle ; des facteurs médicaux tels que le type de conditionnement pour la greffe et la présence d'une GVH ; enfin des facteurs psychologiques tels que l'état anxio-dépressif, l'optimisme, et le soutien social. La qualité de vie en onco-hématologie a été beaucoup explorée ces dernières années et les différentes études sont consensuelles sur le fait que la qualité de vie ces patients est fortement altérée en période de crise (pendant la prise en charge active). La stabilité émotionnelle et la qualité de vie ne sont pas les seuls domaines affectés par la maladie cancéreuse : l'image du corps des sujets est également largement impactée tout au long du parcours de maladie, de l'annonce du diagnostic jusque dans l'après-soins et le retour à la vie socio-professionnelle des sujets. C'est ce concept que nous allons maintenant aborder.

3. Image du corps

3.1. Définition

En 1935, Paul Schilder parle pour la première fois de l'image du corps qu'il définit comme « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». Définition qui créait une confusion entre les concepts d'image du corps et de schéma corporel. Selon Ajuriaguerra (1971), le schéma corporel est "édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles. Le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leurs signification".

Françoise Dolto en 1984, proposera d'établir la distinction suivante entre l'image du corps et le schéma corporel : le schéma corporel se réfère au corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate. Il peut être indépendant du langage entendu comme histoire relationnelle du sujet aux autres. Il est à la fois conscient, préconscient et inconscient et évolutif dans l'espace et le temps. Il est en principe le même pour tous les individus. L'image du corps est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire et est éminemment inconsciente. L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles et elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet. L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et en même temps elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle. C'est grâce à notre image du corps portée par -et croisée à- notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. Elle peut se rendre indépendante du schéma corporel. Elle s'y articule par le narcissisme, originé dans la charnalisation du sujet à la conception. Dolto distingue trois composantes de l'image du corps : l'image de base, l'image fonctionnelle et

l'image érogène ; toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution. Ces trois composantes sont à tout moment reliées entre elles par ce que Dolto appelle 'image dynamique' qui désigne les pulsions de vie de l'individu.

Enfin, Bruchon-Schweitzer (1990, p.174-175), définit l'image du corps comme « la configuration globale que forme l'ensemble de représentations, perceptions, sentiments et attitudes que l'individu a élaborés vis-à-vis de son corps au cours de son existence et ceci à travers diverses expériences ». Selon elle, l'image du corps est le plus souvent une représentation évaluative. Bruchon-Schweitzer conclut que l'acquisition de l'image du corps est le résultat d'un ensemble d'acquisitions multiples, visuelles, kinesthésiques, cognitives, affectives et sociales et elle a répertorié, grâce à divers travaux, quatre dimensions indépendantes et bipolaires de l'image du corps : l'accessibilité/fermeture, la satisfaction/insatisfaction corporelle, le corps actif/inactif et le corps serein/tendu (Bruchon-Schweitzer, 1990, p. 242-252). Chacune de ces dimensions s'est avérée être associée à des aspects de la perception de soi cruciaux puisqu'ils concernent les processus adaptatifs et les processus identitaires. Bruchon-Schweitzer ajoute que de nombreuses recherches ont montré que les activités corporelles telles que le yoga ou la relaxation "modifient les images du corps et induisent une augmentation de la satisfaction corporelle et une diminution de l'anxiété corporelle". Ces modifications ne sont significatives que si ces expériences sont vécues comme corporellement agréables, si elles sont durables et si elles permettent au sujet de verbaliser ce qu'il désire et éprouve au sein d'une relation personnalisée avec l'animateur. (Bruchon-Schweitzer, 1990, p. 273).

3.2. Quelques mesures de l'Image du corps

3.2.1. Le Body Image Scale (BIS)

Une échelle d'évaluation des troubles de l'image corporelle en oncologie est le Body Image Scale (BIS) de Hopwood, Fletcher, Lee et Al Ghazal (2001). Cet outil a été validé en français par Brédart, Swaine-Verdier et Dolbeault (2007). Il permet une aide à la verbalisation du vécu corporel et représente un outil descriptif des troubles spécifiques de l'image du corps. En particulier, il facilite l'évaluation de l'impact des traitements sur l'image du corps qu'ils soient d'ordre médical (chirurgie, chimiothérapie, etc.) ou du registre des soins de support (intervention psychothérapeutique ou socio-esthétique). Il s'agit d'un questionnaire de 10 items portant sur le vécu affectif et comportemental par les patients de leur image du corps, leur perception de leur apparence physique et de leur intégrité corporelle, leur sentiment de séduction. Cet outil possède de bonnes qualités psychométriques.

3.2.2. Le Questionnaire d'Image du corps (QIC)

Bruchon-Schweitzer (1987) a élaboré un instrument d'investigation de l'image du corps à partir d'entretiens semi-directifs recueillis auprès de 137 collégiens et étudiants. Une analyse de contenu thématique lui a permis de dégager 13 catégories essentielles qui ont été illustrées ensuite par 21 items bipolaires initiaux pour en retenir finalement 19. Ce questionnaire à 19 items a été ensuite administré à une population de 619 lycéens et une analyse en axes principaux suivie de rotation varimax a révélé quatre axes importants : perception favorable/défavorable du corps, corps exhibé/corps caché, corps masculin/féminin, corps calme/corps nerveux. Afin de vérifier la structure factorielle de cette échelle, le QIC a été administré à 1.222 sujets français (Koleck Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie, Gilliard et Quintard, 2002). Les réponses des sujets ont été soumises à une analyse en composantes principales (ACP) qui a révélé un axe. Cet axe peut être interprété comme un facteur général

bipolaire de satisfaction/insatisfaction corporelle. Cependant la structure initiale en quatre facteurs observée par Bruchon-Schweitzer en 1987 n'a pas été retrouvée.

La consistance interne de ce facteur est très satisfaisante. Le score de satisfaction corporelle n'est pas affecté par le mensonge mais contaminé par la désirabilité sociale (Koleck et al., 2002).

A retenir : L'image du corps représente une dimension important du sujet et elle est très sollicitée dans le cadre d'une maladie physique. Le corps est le lieu où la maladie se développe et s'exprime. Le corps est celui qu'on sollicite pour les examens, le corps subit les modifications liées aux traitements (alopécie, perte de poids, cicatrisés). Notre expérience clinique nous montre que le corps reste au premier plan tant sur le plan physique que sur le plan psychique. C'est le corps qui nous protège et le corps qui nous trahit. Mais que trouve-t-on dans la littérature à ce sujet ? Les différentes études sont-elles consensuelles quant à l'impact qu'une maladie comme le cancer peut avoir sur l'image corporelle des sujets ?

3.3. Image du corps et cancer

Au regard de la littérature consultée dans le domaine, force est de constater qu'un grand nombre de travaux concerne le cancer du sein et donc les femmes. D'une manière générale, les auteurs concluent que l'impact de cette maladie sur l'image corporelle est majeur, surtout dans le cadre d'une mastectomie (Schrover, 1991 ; Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky et Petersen, 1996). Mais cet impact est complexe et polysémique, voire conditionnel, parce qu'il répond à des logiques spécifiques contextualisées. C'est-à-dire que les répercussions de la maladie et des traitements peuvent être influencées par le contexte psychosocial dans lequel elles prennent place. Dany, Apostolidis, Cannone, Suarez-Diaz et Filipetto (2009) ont effectué une étude afin de questionner, dans une perspective psychosociale, la place de l'image corporelle dans l'expérience cancéreuse chez 42 patients

atteints de cancer. L'image corporelle, la qualité de vie et l'estime de soi ont été évaluées. Ces auteurs ont constaté que, même si les pratiques corporelles telles que le masquage des modifications (maquillage) et l'entretien sont essentiellement féminines, les hommes et les femmes ne diffèrent pas au niveau de la satisfaction corporelle, l'estime de soi et la préoccupation associée à leur esthétique, ces trois dimensions étant également et largement altérées. L'impact de la maladie sur l'image du corps varie indéniablement selon le genre des sujets. Chez les femmes, les représentations du corps malade sont plus holistiques, moins limitées à l'affection et plus centrées sur la composante esthétique (Dudoit, Dany, Blois, Cuvello, 2007 ; Seale, Ziebland, Charteris-Black, 2006). Pour les hommes, le corps est davantage décontextualisé, limité à ses fonctions biologiques, voire mécaniques (Dudoit et al., 2007 ; Moynihan, 1998).

De même chez les hommes, nous constatons que la masculinité n'est pas questionnée dans le cadre de la maladie tandis que la féminité est mise en cause chez la majorité des femmes (Bass, Henry, Mathelin, 2008 ; Iredale, Brain, Williams et al., 2006).

White (2000) a proposé un modèle théorique pour appréhender l'image corporelle chez les patients atteints de cancer. Pour celui-ci, le niveau de divergence entre le soi actuel et le soi idéal dépend du niveau du degré d'investissement préalable de l'apparence. Or, ce niveau d'investissement préalable dépend en grande partie du contexte social dans lequel les individus construisent leur rapport au corps (Cash et Pruzinski, 2002). En effet, les modifications et altérations corporelles questionnent le « corps social » comme élément constitutif de l'interaction sociale, de l'identité et de notre manière d'être au monde. Dany et al., (2009) ont conclu que l'expérience cancéreuse a pour effet de produire une modification de l'image du corps et de soi et que cette modification ne dépend pas seulement des changements objectifs du corps mais résulte aussi de la perception que les individus ont de leur propre corps et de leur vécu face à la maladie.

Une autre étude de Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy et Jutand (2007) a exploré les liens entre l'image du corps et la survie. Les auteurs ont évalué l'image du corps de 75 patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique, à l'aide du Body Image Questionnaire (BIQ). Un suivi sur 10 ans de ces sujets a permis d'obtenir les résultats suivants : 43 patients sont décédés, dont 37 de cancer du sein. Le risque de décès à 10 ans par cancer du sein est significativement corrélé à un score bas au BIQ, et inversement. Toutefois, ces résultats ne se maintiennent pas une fois contrôlés les facteurs de pronostic du cancer

A retenir : Des liens forts ont été trouvés entre la qualité de vie, l'estime de soi et l'image du corps en cancérologie. Le type de maladie et le sexe sont des facteurs qui peuvent influencer l'impact de la maladie sur l'image du corps. Enfin, le contexte social dans lequel le sujet se développe et construit son image corporelle peut en partie expliquer l'impact de la maladie sur l'image corporelle du sujet. Mais qu'en est-il plus spécifiquement de l'image du corps des sujets traités pour cancers hématologiques ? Retrouve-t-on les mêmes résultats ?

3.4. Image du corps, vécu corporel, cancer du sang et greffe de moelle osseuse

Polomeni (2011) a publié une étude portant sur l'expérience de la maladie et des traitements chez des adolescents et jeunes adultes atteints d'hémopathies malignes. Le vécu corporel reste un point très important, aussi bien pendant la prise en charge active de la maladie qu'après. Les patients décrivent un vécu corporel éprouvant et parlent d'un corps "méconnaissable", aliéné aux soins. Ils considèrent que les effets des traitements ont été plus difficiles à supporter que ce qu'ils imaginaient. Ce vécu douloureux est encore plus important dans ces jeunes populations, à un moment où l'on est censé être en pleine forme. Le soutien de la famille, celui de l'équipe soignante et du psychologue semblent apporter un bénéfice pour ces patients. Selon l'auteure, la question de la libido, des relations sexuelles, de la fertilité ainsi que le fait d'éprouver du plaisir font partie des préoccupations de ces patients.

Chez cette même population, Lehmann, Hagedoorn, Cynthia, Gerhardt, Fults, Olshefski, Sanderman et Tuinman (2015) ont comparé deux groupes de sujets appariés, un groupe de patients ayant survécu à un cancer diagnostiqué en moyenne 16 ans auparavant (N=87, dont 46% atteints de leucémie) et un groupe des sujets sains (N=87, âge moyen= 27 ans). Ils ont trouvé que le fait d'avoir survécu à un cancer pendant l'enfance n'a pas d'impact sur la manière dont ces sujets perçoivent leur image corporelle à l'âge adulte ni sur leur développement psychosexuel.

Enfin, il n'y a pas de consensus quant à l'impact que peut avoir le cancer sur l'image du corps à long terme. Certains auteurs font état d'une image corporelle altérée chez ces patients quand on les compare à des groupes contrôles de sujets non malades (Calaminus, Weinspach, Teske et Gäbel, 2000) ; d'autres ne relèvent pas de différences (Pendley, Dahlquist et Dreyer, 1997) ; d'autres encore soulignent que l'image corporelle est meilleure qu'en population normale, chez ces sujets qui ont fait l'expérience d'une maladie cancéreuse (Maggiolini, Grassi, Adamoli, Corbetta, Charmet, Provantini, Fraschini, Jankovic, Lia, Spinetta et Masera 2000 ; Calaminus, Weinspach, Teske et Gäbel, 2007).

Enfin, Russel, Harcourt, Henderson et Marks (2011) ont publié une étude sur le vécu de patients face aux changements de leur apparence, suite à une greffe allogénique de moelle osseuse. Sur la base d'entretiens semi-directifs auprès de 6 patients ayant eu une greffe dans les six à douze derniers mois, ils constatent qu'un des thèmes les plus prégnants associés aux changements de leur apparence physique concerne la perte de confiance que les sujets ont en eux-mêmes ; cet impact délétère des modifications corporelles sur la confiance en soi peut devenir problématique si les effets secondaires du traitement sont encore présents ou ressentis au moment de la reprise des différentes activités de la vie quotidienne.

A retenir : L'impact du cancer sur l'image du corps en onco-hématologie reste indéniable pendant la prise en charge et après la greffe de moelle osseuse. Cependant, en ce qui

concerne l'impact à long terme du cancer hématologique sur l'image du corps, les différentes études n'aboutissent pas à un consensus. Toutefois, l'ensemble des études présentées ici sont rétrospectives, ce qui peut expliquer en partie la divergence des résultats sur la question.

Synthèse Générale du Chapitre

Au sein de ce chapitre nous avons abordé trois dimensions psychologiques qui se sont révélées comme étant particulièrement affectées suite à l'annonce et la prise en charge d'une maladie cancéreuse, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'un cancer hématologique ou d'une allogreffe de moelle osseuse. La revue de la littérature est consensuelle sur l'impact négatif d'un cancer hématologique sur l'état anxio-dépressif, la qualité de vie et l'image du corps des patients. Ces derniers éprouvent une anxiété importante, peuvent présenter une humeur dépressive, voire un syndrome dépressif majeur. Leur qualité de vie est affectée, aussi bien pendant la prise en charge que dans l'après-traitement et parfois même, dans certains cas, longtemps après la rémission. L'image du corps semble surtout affectée pendant la prise en charge. Tout au long de ce chapitre, l'analyse de différentes études scientifiques nous a permis de souligner que divers facteurs peuvent jouer un rôle déterminant sur le niveau de cet impact : des facteurs sociodémographiques tels que l'âge ou le sexe ; des facteurs médicaux, comme le type de la maladie, le type de prise en charge ou bien encore le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic. Dans le chapitre suivant, nous allons aborder le rôle de certains déterminants psychologiques de l'ajustement à un cancer hématologique. Nous explorerons plus spécifiquement le rôle potentiel de deux traits de personnalité, l'alexithymie et l'optimisme, et celui de deux processus de personnalité, les stratégies de coping et le soutien social perçu, sur l'ajustement des sujets à leur maladie et aux traitements.

CHAPITRE III: LES DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX DE L'AJUSTEMENT AU CANCER

Ce chapitre est consacré tout d'abord à l'étude de deux traits de la personnalité, l'alexithymie et l'optimisme dispositionnel, susceptibles d'influencer l'ajustement des patients à la maladie cancéreuse et aux traitements. Après les avoir définis, nous présentons quelques outils d'évaluation, puis rendons compte de l'état de l'art sur ces concepts. Dans un second temps, nous explorons, sur un plan théorique mais aussi empirique, le rôle de deux variables transactionnelles comme possibles médiateurs de l'ajustement des patients : les stratégies de coping et le soutien social.

1. L'alexithymie et l'optimisme dispositionnel : leur impact sur l'ajustement au cancer.

1.1. L'Alexithymie

1.1.1. Définition

L'alexithymie est défini comme un déficit de l'affect : "une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver de mots pour décrire ses sentiments". L'alexithymie consiste en "une incapacité à pouvoir faire des connexions entre les émotions et les idées, les pensées et les fantasmes, qui en général les accompagnent". Sifneos observait chez les patients souffrant de maladies psychosomatiques, une incapacité à identifier et à décrire verbalement les sentiments et les émotions, une activité fantasmatique limitée, un style cognitif pragmatique essentiellement orienté vers les symptômes physiques et les éléments factuels extérieurs (Nemiah, Freyberger, Sifneos, 1976). Ce n'est que lors de la 11^{ème} Conférence Européenne de Recherche en Psychosomatique, à Heidelberg en 1976, que l'importance du concept d'alexithymie est vraiment reconnue (Braütigam et Von Rad, 1977). A cette occasion, le concept théorique d'alexithymie en tant que trait de personnalité fut

présenté ainsi que quelques travaux préliminaires. Les différentes recherches cliniques ont permis de définir l'alexithymie comme un concept multidimensionnel s'organisant autour de deux axes principaux (Taylor, Babgy, Parker, 1997) : d'une part, des composantes émotionnelles centrées sur des déficits dans la reconnaissance ou l'identification des émotions (perturbation de l'affectivité) et d'autre part, des composantes cognitives centrées sur les déficits de la rêverie et sur l'utilisation d'un mode de pensée concret non introspectif (concept de pensée opératoire).

La première caractéristique (difficultés à pouvoir communiquer ses sentiments à autrui) est essentielle, indispensable pour le diagnostic d'alexithymie ; elle correspondant à une incapacité à exprimer verbalement ses émotions à autrui. La seconde est une incapacité à identifier ses sentiments et à pouvoir les distinguer de ses sensations corporelles ; ce déficit se justifie par le fait que le sujet alexithymique décrit sans fin des symptômes physiques, cette description pouvant être comprise comme une tentative d'expression des sentiments que le sujet ne peut élaborer. Les plaintes somatiques sont nombreuses, le sujet possédant peu de capacités imaginatives. Le troisième caractéristique est la pauvreté de la vie imaginaire ; elle se reflète dans le fait que ces sujets rêvent peu et quand le rêve existe, son contenu est pauvre, factuel, réaliste. Les fantasmes seraient rares et le souvenir, le récit et la fréquence des rêves apparaissent perturbés. L'impossibilité de raconter un rêve peut s'apparenter à la difficulté de parler de ses émotions : le sujet alexithymique rêve, sans aucun doute, mais la mise en mots de ces rêves ne peut pas se faire. Enfin, la quatrième caractéristique sont les pensées à contenu pragmatique, c'est-à-dire des pensées tournées vers l'extérieur plutôt que vers les sensations intérieures, s'illustrant chez le patient par une description très détaillée des faits, d'événements, de symptômes physiques, ayant certainement produit des émotions mais qui ne sont pas exprimées (Taylor et al., 1997). Cette notion initiale d'alexithymie a énormément influencé et guidé la majorité des études contemporaines portant sur l'alexithymie. Une autre conception, élaborée par Lane, Sechrest, Riedel, Shapiro et Kaszniak (2000), définit

l'alexithymie comme une déficience globale qui amène à une reconnaissance et une expression moindre des émotions. Cependant les deux théories sont unanimes sur le fait que l'alexithymie est plus un déficit, une incapacité ou une carence dans le traitement des émotions qu'un mode défensif.

Enfin le concept d'alexithymie a été l'objet de nombreuses critiques. Généralement, considéré comme propre aux maladies psychosomatiques, l'alexithymie est actuellement envisagée comme un phénomène transnosographique qui s'observe tant chez des personnes saines que chez des patients souffrant de maladies somatiques, des douleurs chroniques, des syndromes post-traumatiques, de problèmes d'addictions, de troubles de comportement alimentaire ou encore d'abus dans l'enfance. Dès 1992, Pedinielli fut l'un des premiers auteurs français à avoir sorti l'alexithymie de la spécificité de maladies psychosomatiques.

1.1.2. Alexithymie : trait ou état ?

La question qui se pose, après cette définition de l'alexithymie est savoir s'il s'agit d'un trait de la personnalité, c'est-à-dire une caractéristique stable de la personnalité, ou bien un état, qui évolue et change en fonction de la situation dans laquelle se trouve le sujet.

Frayberger (1977) distingue l'alexithymie primaire, comme un trait de personnalité qui prédispose à certaines maladies somatiques et psychiatriques de l'alexithymie secondaire, induite par des situations traumatiques protégeant l'individu contre une submersion par ses émotions. Luminet, Rokbani, Ogez et Jadoule (2007) ont également de leur côté tenté de savoir si l'alexithymie était un trait de personnalité ou un état. Pour ce faire, ils ont évalué le niveau d'alexithymie, d'anxiété et de dépression chez 120 femmes atteintes de cancer, le jour précédant la chirurgie d'exérèse et six mois après l'intervention. Les investigateurs ont trouvé que même s'il n'y avait pas une concordance absolue au niveau des résultats, le score d'alexithymie restait relativement stable même dans un contexte de danger pour l'intégrité physique et psychique, tel que peut l'être un contexte de traitement pour cancer.

1.1.3. Les mesures de l'alexithymie

Depuis la formulation initiale du concept d'alexithymie dans les années 70, de nombreuses tentatives ont été faites afin de trouver un moyen fiable et valide pour le mesurer. Certaines échelles auto-rapportées comme l'échelle SSPS (Schalling-Sifneos Personality Scales, Apfel et Sifneos, 1979) ou l'échelle d'alexithymie du MMPI (Kleiger et Kinsman, 1980) ne répondaient pas aux méthodes standardisées de validation de questionnaires. Plusieurs études initiales ont également eu recours aux méthodes projectives comme le test de Rorschach ou le TAT (Thematic Apperception Test) afin d'examiner les différentes facettes de l'alexithymie sans que suffisamment de résultats empiriques ne permettent de les recommander pour évaluer de manière valide le degré de sévérité de l'alexithymie (Taylor Bagby et Luminet, 2000 ; Taylor et al., 1997). Suite à des nombreuses études, il existe aujourd'hui des auto-questionnaires d'alexithymie adaptés et validés en français disposant de qualités psychométriques satisfaisantes.

La Toronto Alexithymia Scale

Une équipe de l'Université de Toronto a développé au milieu des années 80 un programme de recherche systématique qui a permis de construire et de valider une échelle à 26 items connue sous le nom de "*Toronto Alexithymia Scale*". Après une revue détaillée de la littérature Taylor, Ryan et Bagby (1985) ont défini cinq dimensions de l'alexithymie : 1) la difficulté à décrire ses états émotionnels ; 2) une difficulté à distinguer entre sentiments subjectifs et sensations corporelles lors de l'activation émotionnelle ; 3) un manque d'introspection ; 4) du conformisme social ; et 5) un appauvrissement de la vie fantasmatique. Des analyses factorielles ont conduit à l'élimination du facteur 'conformisme' qui n'apparaissait pas comme un facteur indépendant. Des analyses ultérieures ont également montré que la dimension "appauvrissement de la vie fantasmatique" était liée à une désirabilité sociale élevée. Les auteurs ont décidé d'éliminer ce facteur, bien qu'il s'agisse

théoriquement d'une des composantes majeures de l'alexithymie. Suite à ces observations, une nouvelle échelle (TAS-20) a été construite (Bagby, Parker, et Taylor 1994a ; Bagby, Taylor, et Parker, 1994b). La TAS-20 comprend trois dimensions interprétées respectivement comme la difficulté à identifier ses états émotionnels ("Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments ou "Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère"), la difficulté à décrire ses états émotionnels à autrui ("J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments" ou "On me dit de décrire davantage ce que je ressens") et la pensée opératoire ("Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments" ou "Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent"). Cette échelle a été traduite et validée en français (Loas, Fremaux et Marchand, 1995 ; Loas, Otmani, Verrier, Fremaux et Marchand, 1996). La structure factorielle de l'échelle a pu être testée dans une série d'analyses confirmatoires. De manière consistante, un modèle à trois facteurs a relevé une adéquation supérieure avec les données par rapport à un modèle à deux facteurs ou à un facteur, à la fois sur des populations cliniques et non cliniques, lors de la validation de l'échelle en anglais. (Bagby et al., 1994a ; Parker, Bagby, Taylor, Endler et Schmitz, 1993). L'échelle présente également une bonne consistance interne (alpha de Cronbach > 0,70). La validation française confirme ces bons résultats (Loas, Corcos, Stephan, Pellet, Bizouard, Venisse, Perez-Diaz, Guelfi, Flament et Jeammet, 2001).

Concernant, la fidélité test-retest de l'échelle, une recherche portant sur 72 étudiants évalués deux fois avec un intervalle de temps de 3 semaines, a montré une bonne fidélité avec un coefficient alpha de 0,77 (Bagby et al., 1994a) et une étude française portant sur 47 sujets alcooliques a montré un coefficient de fidélité de 0,70, à une semaine d'intervalle (Loas, 1996a).

L'échelle présente également une bonne validité qui a pu être démontrée par l'examen des relations avec des dimensions générales de la personnalité comme le modèle en cinq

facteurs de la personnalité (le Five-Factor Model ou FFM, de Tupes et Christal (1992). Bagby et al., (1994a) ont montré que certains aspects du névrosisme (l'anxiété, la dépression, la vulnérabilité) et une faible conscience de soi, étaient plus particulièrement en lien avec l'alexithymie et que l'alexithymie était corrélée négativement avec un des aspects importants du facteur 'expérience relative à des émotions positives' ($r=-0.36$). Ce résultat est conforme à l'idée selon laquelle l'alexithymie se caractérise par une capacité limitée à ressentir les émotions positives (Prince et Berenbaum, 1993). Les auteurs observent également une corrélation négative avec l'ouverture à l'expérience ($r = -0.49$). Ce résultat n'est pas surprenant dans la mesure où l'ouverture à l'expérience implique des aspects liés à la vie fantasmatique et à l'attention pour la vie émotionnelle. Enfin, le caractère agréable et le caractère consciencieux ne sont pas liés à l'alexithymie. En conclusion, un score élevé d'alexithymie à la TAS-20 est associé à une tendance à ressentir plus intensément la détresse émotionnelle, une expérience réduite des émotions positives, une limitation de l'imagination et une faible importance accordée à la vie émotionnelle. Ce questionnaire sera présenté plus en détails dans la partie empirique de notre travail (chapitre "Méthodologie").

Autres Mesures de l'Alexithymie

Il existe de nos jours d'autres moyens scientifiques afin de mesurer l'alexithymie. A titre indicatif, nous allons présenter en quelques lignes le *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ)*, Bermond, Vorst, Vingerhoets et Gerritsen, 1999) et le *Beth Israël Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIPQ)*, Sifneos, 1973).

Le *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ)* mesure cinq dimensions : (1) une difficulté à identifier ses états émotionnels, (2) une difficulté à exprimer verbalement ses états émotionnels à autrui, (3) un appauvrissement de la vie fantasmatique, (4) un style de pensée concret ou opératoire et (5) une faible réactivité émotionnelle (Bermond et Vorst, 1994a, 1994b). Les quatre premières dimensions concernent des aspects habituellement

mesurés par les échelles d'alexithymie. En revanche, la dimension 'faible réactivité' est nouvelle et doit avant tout être considérée comme un corrélât du construct. Elle concerne l'incapacité de l'individu à ressentir des émotions en présence d'une scène admise comme émouvante. Développée à l'origine en néerlandais, cette échelle existe à présent également en français et en anglais (Zech, Luminet, Rimé et Wagner, 1999). Le questionnaire comprend 8 items par dimension, il a été construit de manière à obtenir deux versions parallèles de 20 items chacune (BVAQ-A pour les items 1 à 20 et BVAQ-B pour les items 21 à 40). Les premiers résultats psychométriques sont encourageants pour la validité de cette échelle. Tout d'abord, des analyses factorielles confirmatoires indiquent une supériorité du modèle en cinq facteurs indépendants par rapport à d'autres modèles et cela pour les versions en anglais, néerlandais et français (Zech et al., 1999 ; Bermond et Vorst, 1998). Des données complémentaires sur la validité concourante et discriminante de l'échelle sont cependant encore nécessaires. Il manque également des données sur sa fidélité test-retest.

Le *Beth Israël Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIPQ)* a été développée par Sifneos (1973) dans le but de quantifier les différences observées cliniquement entre patients diagnostiqués comme souffrant de névrose ou de maladies psychosomatiques dites 'classiques'. Le questionnaire comprend 17 items à choix forcé (présent vs. absent) complété par un observateur ou un interviewer. L'interview implique une période de conversation non-structurée suivie d'une exploration détaillée des capacités du participant à décrire ses émotions et à rapporter des situations fantasmatiques et des rêves. Un problème majeur de cette échelle concernait toutefois son manque de validité inter-juges. On constatait en effet des différences d'évaluation importantes en fonction du niveau d'expérience de l'interviewer et de son style d'interview. Ces difficultés ont conduit à la révision de l'échelle en 1994 (Bagby et al., 1994b). Quatre items ont été ajoutés et neuf items qui n'étaient pas directement pertinents ont été éliminés. La nouvelle échelle comprend par conséquent 12 items qui sont évalués sur une échelle en 7 points. Six items sont liés à la capacité à identifier et à

communiquer verbalement ses émotions et six items à l'activité fantasmatique et à la pensée opératoire

L'échelle révisée montre une bonne validité concourante avec une corrélation de 0,53 avec l'échelle auto-rapportée TAS-20. La consistance interne des deux facteurs se situe entre 0,72 et 0,85 suivant les études, et la fidélité test-retest après trois mois est de 0,71. Ces premiers résultats sont encourageants. Une interview semi-structurée est actuellement en construction au Canada. La fiabilité inter-juges devrait également être évaluée systématiquement en demandant à différents évaluateurs d'interviewer de manière séparée un groupe identique de participants. Il n'existe malheureusement pas pour l'instant de version française de cette échelle.

A retenir : La TAS-20 est actuellement l'instrument de mesure de l'alexithymie qui a fait l'objet des démarches de validation les plus complètes et les plus concluantes. Il s'agit d'un outil recommandé mondialement à la fois pour des populations cliniques et non cliniques. Cet outil a été très largement utilisé pour étudier la prévalence de l'alexithymie chez les patients atteints des maladies physiques ainsi que les liens entre l'alexithymie et la santé. C'est ce que nous allons voir à présent.

1.1.4. Alexithymie, santé physique et psychique

Prévalence de l'alexithymie chez la population générale et corrélations avec des variables sociodémographiques

Kokkonen, Karnoven, Veijola, Laksy, Jokelainen, Jarvelin et Joukamaa (2001) ont étudié la prévalence de l'alexithymie en population générale finlandaise (N = 5993) et ont trouvé qu'elle était présente chez 9.4% d'hommes de la population étudiée et 5.2% de femmes, et qu'elle était associée à un niveau bas d'éducation, à un niveau bas de situation financière et qu'elle était significativement plus présente chez les célibataires. Mattila,

Salminen, Nummi et Joukamaa, (2006) ont trouvé que l'alexithymie était présente chez 9.9% des hommes et 8.1% des femmes, étude portant sur une population de 8.028 adultes finlandais. Elle est également associée à un niveau d'études bas mais aussi corrélée positivement à l'âge, à une santé perçue comme mauvaise et à la dépression. Des nombreuses études ont montré que les patients avec des maladies somatiques sont plus alexithymiques que les groupes de sujets contrôle non malades.

Alexithymie et troubles psychosomatiques

Sifneos en 1973 a trouvé que la prévalence de l'alexithymie était plus importante chez les patients psychosomatiques que chez un groupe contrôle de sujets n'ayant pas de maladie psychosomatique⁸. Acklin et Alexander (1988) ont validé leur hypothèse selon laquelle les patients présentant des troubles psychosomatiques (douleurs dos, troubles gastro-intestinaux, troubles dermatologiques ou la présence d'une migraine) étaient plus alexithymiques que les sujets sans trouble psychosomatique. Keltikangas-Järvinen, (1985) a aussi trouvé que la prévalence de l'alexithymie était plus importante chez les patients présentant divers troubles psychosomatiques : 34 patients atteints d'ulcère duodénal, 35 patients atteints de colite ulcéreuse et 38 patients atteints du syndrome de l'intestin irritable, en comparaison de divers groupes contrôles : 29 patients atteints de la maladie de calculs biliaires, 13 patients ayant une hernie inguinale et 44 patients porteurs de varices.

Alexithymie et santé physique

Kuczmierczy, Labrum et Johnson (1995) ont rapporté des liens entre la somatisation, la dépression et l'alexithymie chez des patients présentant un syndrome prémenstruel (N=66) en comparaison d'un groupe contrôle de sujets sans syndrome prémenstruel (N=49). Legoretta, Bull et Kiely (1988) ont trouvé que les sujets avec une obésité de moyenne à très

⁸ Les troubles psychosomatiques sont les expressions corporelles de tensions psychologiques. Le symptôme corporel se substitue alors à une réaction psychologique, c'est-à-dire à une attitude dirigée vers soi-même ou vers le monde extérieur (Marty, 1953).

importante avaient des scores plus élevés aux mesures de l'alexithymie que les sujets avec un poids normal (N=95). Fernandez, Sriram, Rajkumar et Chandrasekar (1989) ont trouvé que les patients avec une arthrite rhumatoïde (N=40) étaient significativement plus alexithymiques comparés à des sujets sains ayant les mêmes caractéristiques sociodémographiques.

De leur côté, Nordby, Ekeberg, Knardahl et Os (1995) constatent que la prévalence de l'alexithymie est plus importante chez les femmes de 40 ans ayant de l'hypertension (N=29) que chez les sujets contrôles sans hypertension (N=18). Korkoliakou, Christodoulou, Kouris, Porichi, Efstathiou, Kaloudi, Kokkevi, Stavrianeas, Papageorgiou et Douzenis (2014) ont trouvé que les patients atteints de psoriasis (N= 108) présentaient un niveau d'alexithymie plus élevé que 100 sujets en pleine santé de la population générale et que l'alexithymie était en lien avec un niveau élevé d'anxiété et de dépression chez ses patients.

Alexithymie et douleur

Sriram, Chaturvedi, Gopinath et Shanmugam (1987) rapportent que la prévalence de l'alexithymie est plus importante chez les patients (N=30) présentant des douleurs que chez un groupe contrôle de sujets sains (N=30) présentant les mêmes caractéristiques sociodémographiques (1987).

Alexithymie et santé psychique

Jimerson, Wolfe, Franko, Covino et Sifneos (1994) ont comparé le niveau d'alexithymie chez deux groupes des femmes. Le premier groupe était composé de 20 personnes atteintes de boulimie et le groupe contrôle de sujets non boulimiques ayant le même âge moyen. Les résultats ont montré que l'alexithymie (évaluée à l'aide de la TAS-20) est plus élevée chez les patients atteints de boulimie. Nowakoski, McFarlane et Cassin (2013) ont fait le point avec une revue de la littérature portant sur les liens entre alexithymie et troubles alimentaires. Ils ont conclu que les sujets avec des troubles alimentaires avaient des

scores significativement plus élevés d'alexithymie que les sujets contrôles, ainsi que des difficultés plus importantes à identifier et à communiquer leurs émotions. Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen et Viinamaki (2000) ont étudié le lien entre l'alexithymie et la dépression auprès d'une population de 2.018 finlandais, et ont trouvé que la prévalence de l'alexithymie était de l'ordre de 32.1% chez les sujets avec un score élevé de dépression (mesurée avec le BDI) et un score de 4.3% chez les sujets avec un niveau faible de dépression. Les chercheurs ont conclu que les scores de dépression expliquent 29.2% de la variance de l'alexithymie mesurée par le TAS-20. Hintikka, Honkalampi, Koivumaa-Honkanen, Antikainen, Tanskanen, Haatainen et Viinamaki (2004) ont trouvé que les idées suicidaires étaient plus présentes chez les sujets alexithymiques que chez les non alexithymiques (N=1.563), (32% versus 9%). Ces résultats n'étaient pas influencés par l'âge, le genre ou encore divers autres facteurs psychosociaux et socioéconomiques.

Alexithymie et prise en charge psychothérapique

Ogrodniczuk, Piper et Joyce (2011) mentionnent que les sujets alexithymiques sont plus ouverts et sensibles à la psychothérapie que les sujets non alexithymiques. Ces auteurs, ont constaté que les sujets alexithymiques répondaient de manière positive à une thérapie de groupe en ayant, à l'issue de la prise en charge, plus de capacités à reconnaître et à communiquer leurs émotions et à utiliser les informations émotionnelles afin de guider leurs comportements. Spek, Nyklicek, Cuijpers et Pop (2008) ont souligné que les sujets alexithymiques pourraient voir leur symptomatologie dépressive diminuer après une psychothérapie cognitivo-comportementale.

A retenir : Les différentes études présentées montrent, dans leur ensemble, que les sujets ayant une maladie physique, des troubles alimentaires, un syndrome dépressif, une idéation suicidaire ou des douleurs psychogènes ont un score significativement plus élevé

d'alexithymie que leurs homologues sans problème de santé. D'autre part, les sujets alexithymiques peuvent tirer un bénéfice tangible consécutif à une prise en charge psychothérapique, se traduisant par une capacité accrue à reconnaître et exprimer leurs émotions. Qu'en est-il maintenant du lien entre alexithymie et cancer ?

1.1.5. Alexithymie et maladie cancéreuse

Alexithymie, cancer et facteurs sociodémographiques

De Vries, Forni, Voellinger et Stiefel (2012) ont publié une revue de la littérature concernant les liens entre alexithymie et cancer. Ils ont conclu qu'il n'y a pas de corrélations entre l'alexithymie, le sexe, l'âge et le niveau éducatif chez les patients atteints de cancer (Carta, Orrù, Hardoy et Carpiello (2000) ; Porcelli, Tulipani, Maiello, Cilenti et Todarello (2007) ; Ripetti, Ausania, Bruni, Campoli et Coppola (2008). Cependant, le faible nombre d'études menées dans ce domaine ne nous permet pas de tirer des conclusions fiables.

Prévalence de l'alexithymie chez les patients atteints de cancer

Carta et al. (2000) ont effectué une étude auprès de patientes présentant un carcinome de l'utérus et ont montré qu'elles avaient un score plus élevé à l'échelle TAS-20 que les patientes saines ou avec une tumeur bénigne. Dans une étude italienne, Manna, Foddai, Maggio, Pace, Colucci, Gebbia et Russo (2007) ont exploré l'alexithymie chez des patients avec un cancer au sein et les liens entre alexithymie et stratégies de coping. Les investigateurs ont trouvé un niveau d'alexithymie beaucoup plus élevé chez les patientes atteintes de cancer du sein (N= 44) diagnostiquées au cours des derniers 6 mois, que chez les sujets contrôles sans cancer (N=42). Par ailleurs, les patientes avec un cancer du sein avaient tendance à utiliser moins de stratégies de coping centrées sur le problème que leurs homologues non malades.

Todarello, Casamasima, Daniele, Marinaccio, Fanciullo, Valentino, Tedesco, Wiesel, Simone et Marinaccio (1997) ont effectué une étude chez 43 femmes présentant une dysplasie cervicale et ont comparé leurs scores d'alexithymie à l'échelle TAS-20 avec les scores de 67 femmes sans problèmes de santé. Les résultats ont montré que les femmes atteintes de dysplasies cervicales avaient un score significativement plus élevé d'alexithymie que les femmes en bonne santé.

Enfin Lauriola, Panno, Tomai, Ricciardi et Potenza (2011) ont voulu étudier le lien entre l'alexithymie et le cancer du colon et plus précisément son rôle en tant que facteur psychosocial impliqué dans la survenue de ce cancer. Ils ont trouvé que dans le groupe de patients avec un cancer du colon il y avait plus de sujets identifiés comme alexithymiques (ou à la limite du seuil d'alexithymie) que dans le groupe de contrôle de sujets sans cancer. Mais le caractère rétrospectif de cette recherche nous invite à rester très prudents quant à la validité des ce résultat.

A retenir : La majorité des études sont consensuelles sur le fait que les patients atteints de cancer ont tendance à avoir un niveau d'alexithymie significativement plus élevé que les sujets non malades.

Alexithymie, cancer, qualité de vie et ajustement émotionnel

Porcelli et al. (2007), ont montré avec une étude portant sur 108 sujets atteints de cancer, dont 45 avaient un syndrome douloureux associé et 63 une absence de douleur, qu'il n'y a pas de lien significatif entre l'alexithymie (mesurée avec la TAS-20) et la douleur. Cependant la difficulté d'identifier les émotions, une des composantes de l'alexithymie, était associée aux dimensions de la douleur. Les patients qui présentaient les scores de douleur les plus élevés avaient également le score le plus important à la dimension "difficulté à identifier les émotions".

Dans la recherche de Ripetti et al., (2008), portant sur des patients atteints de cancers colorectaux, la qualité de vie est significativement influencée par le niveau d'alexithymie avant la chirurgie. Dans cette étude, les investigateurs ont divisé les patients en deux groupes ; un groupe avec un score élevé d'alexithymie et un groupe avec un score faible d'alexithymie. Avant l'intervention chirurgicale, la qualité de vie était significativement meilleure chez les patients avec un score faible d'alexithymie en comparaison de ceux qui avaient un score élevé. Cependant après la chirurgie les scores ont été inversés, les patients avec un score élevé d'alexithymie présentant une meilleure qualité de vie que les patients avec un score faible. Malgré une amélioration initiale de la qualité de vie chez les patients avec un score d'alexithymie élevé, les deux groupes rendent compte, au final, d'une qualité de vie moindre après la chirurgie.

Grassi, Rossi, Sabato, Cruciani et Zambelli (2004) ont publié une étude concernant 105 femmes avec un diagnostic de cancer du sein suivies en consultation. L'étude a montré que 38.1% des participantes (soit 40 femmes) avaient un niveau élevé d'anxiété et d'alexithymie et que ces mêmes sujets présentaient un niveau d'inquiétude plus élevé par rapport à leur maladie et une qualité de vie moins satisfaisante.

Dans une autre étude effectuée au Japon par Mantani, Saeki, Inoue, Okamura, Daino, Kataoka et Yamawaki (2006) auprès de 46 femmes atteintes de cancer du sein et de leur époux, trois mois après la chirurgie, les investigateurs ont trouvé que les patientes avec un score élevé d'alexithymie avaient également un score élevé d'anxiété. Ils ont par ailleurs constaté que les patients qui recevaient un soutien affectif insatisfaisant de leur entourage avaient un score élevé de dépression. Chez leurs partenaires, un niveau d'anxiété élevé et un niveau bas d'éducation étaient positivement en lien avec une alexithymie élevée. Ces mêmes investigateurs ont conclu que l'alexithymie et le fonctionnement familial sont associés à l'anxiété et la dépression, aussi bien chez les femmes atteintes de cancers que chez leur époux, et ils ont suggéré que l'alexithymie, en tant que trait de personnalité, et le

fonctionnement familial doivent être conjointement pris en compte dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression, chez les femmes atteintes de cancer du sein et leurs époux.

Dans une étude menée en Italie, Messina, Fogliani et Paradiso (2011) ont exploré la prévalence de l'alexithymie chez les patients présentant une hémopathie maligne. Ils ont trouvé que l'alexithymie était présente chez 34.2% de leurs patients, niveau huit fois plus élevé en comparaison de la prévalence de l'alexithymie chez la population italienne générale. Dans cette étude, les investigateurs ont trouvé que le stress perçu était responsable de 30% de la variance de l'alexithymie. Le niveau d'hémoglobine et le stade de la maladie étaient chacun responsable de 10% de la variance de l'alexithymie. De plus, le stade de la maladie et le niveau d'hémoglobine étaient en corrélation avec un niveau de stress perçu plus élevé.

A retenir : Les patients atteints de cancer avec un score d'alexithymie élevé ont tendance à avoir une qualité de vie moins bonne, une anxiété plus enlevée et à être plus dépressifs. Il y a un consensus sur le fait que l'alexithymie en tant que trait de la personnalité joue un rôle significatif et négatif sur l'ajustement émotionnel au cancer. Cependant, il convient de noter que l'ensemble de ces études sont rétrospectives (les mesures ont été effectuées une fois que la maladie a été diagnostiquée) et transversales (toutes les mesures ont été faites dans un même temps). Aussi, il convient de rester prudent quant à la portée de ces résultats, les réponses des patients ayant pu être influencées par la présence de la maladie cancéreuse.

Nous allons maintenant considérer un autre trait de personnalité, la disposition à l'optimisme, et son rôle potentiel dans l'ajustement au cancer.

1.2. L'optimisme dispositionnel

1.2.1. Définition

En psychologie deux courants de recherche co-existent au sein de la littérature portant sur l'optimisme. D'un côté, l'on trouve les travaux de Scheier et Carver (1985, 1992 ;

Scheier, Carver et Bridges, 2002) qui conceptualisent l'optimisme comme un trait de personnalité prédisposant une personne à s'attendre que des événements favorables vont lui arriver dans l'avenir. De l'autre, il y a les travaux de Seligman et de ses collègues qui envisagent l'optimisme comme une caractéristique individuelle fondée sur le "style explicatif" : comment une personne s'explique-t-elle les événements négatifs auxquels elle est confrontée ? (Buchanan & Seligman 1995 ; Peterson, Seligman & Vaillant, 1998 ; Seligman, 1991).

1.2.1.1. Théorie de Scheier et Carver, la disposition à l'optimisme

Origine du concept

Scheier et Carver en 1981 ont créé le modèle de régulation personnelle du comportement et ont orienté leurs études sur les effets des attentes des individus dans des situations spécifiques. Dans ce cadre ils distinguent l'état "affect positif" qui est caractérisé par des sentiments de fierté, de gratitude et de soulagement et l'état "affect négatif" où prédominent la honte, la colère et le ressentiment. L'affect positif est présent lorsque les individus croient que les buts qu'ils se sont fixés sont accessibles et qu'ils continuent à fournir les efforts nécessaires pour atteindre leurs objectifs, malgré les difficultés rencontrées ; l'affect négatif s'exprime lorsque les buts que les gens veulent atteindre leur semblent inaccessibles ; ceux-ci ont alors tendance à diminuer leurs efforts ou à se désengager de la poursuite de leurs buts (Carver et Scheier, 1990). Dans un deuxième temps, ces auteurs ont consacré leurs études aux effets relatifs aux attentes générales des individus et ont conceptualisé l'optimisme comme une disposition personnelle (Scheier et Carver, 1985).

Définition

L'optimisme dispositionnel, tel qu'il est présenté par ces auteurs, est un trait relativement stable de la personnalité qui a des conséquences importantes sur la façon dont les

gens régulent leurs actions face à des difficultés ou à des situations stressantes. Les sujets habituellement optimistes ont tendance à avoir des attentes positives face à l'avenir ; ils sont persévérants, produisent des efforts et affrontent les problèmes. A l'inverse, les pessimistes ont tendance à penser que des mauvaises choses vont davantage leur arriver et recourent généralement à des comportements tels que la fuite ou l'abandon. Afin d'évaluer l'optimisme chez un sujet, ces auteurs ont créé le Life Orientation Test (LOT, 1985) qui a été révisé quelques années plus tard (LOT-R, Scheier, Carver et Bridges, 1994).

Scheier soutient que les bénéfices associés au fait d'être optimiste semblent être en partie attribués à la façon dont les optimistes composent avec leurs difficultés. Plus spécifiquement, ces individus s'adaptent mieux aux transitions de la vie que les pessimistes. (Scheier et al., 1989). Ils ont tendance à mettre en place des actions concrètes et des stratégies pour résoudre leurs problèmes. Ils sont également plus focalisés dans leurs efforts pour faire face à des difficultés et acceptent la réalité face à des situations stressantes. Ils prennent davantage les expériences négatives comme un défi pour pouvoir en tirer profit.

1.2.1.2. Théorie de Seligman : Le style explicatif

Origine du concept

Ce modèle est inspiré initialement de la théorie de la résignation acquise de Seligman (1972, 1975) selon laquelle lorsque des personnes font face à des événements incontrôlables, il en résultera des déficiences cognitives, émotionnelles et motivationnelles. Seligman a suggéré que ce processus de résignation acquise s'apparentait à la dépression sur le plan des symptômes, de ses causes, de ses traitements et de sa prévention. Cette théorie s'est avérée limitée et a fait, par la suite, l'objet d'une révision (Abramson, Seligman et Teasdale, 1978). Cette conception revisitée inclut les attributions (ou explications) causales des individus et souligne que lorsqu'une personne fait face à un événement négatif et incontrôlable celle-ci se demande pourquoi cet événement lui arrive. Selon ce modèle, il existe trois dimensions

reliées aux attributions causales opérées par un sujet, et chacune d'elles est associée à un mode particulier d'adaptation du sujet aux événements négatifs et incontrôlables. La première dimension concerne le lien de causalité : face à un événement incontrôlable le sujet va s'interroger sur l'origine de cet événement et lui conférer une attribution externe (la survenue de cet événement dépend de facteurs extérieurs à moi) ou interne (sa survenue dépend de moi). La reformulation du modèle prédit que la personne qui associe un événement négatif à une cause interne peut voir son estime personnelle diminuée. La deuxième dimension est nommée : "stabilité" et concerne l'estimation de la durée que la personne va donner à cet événement négatif, attribution considérée comme stable si le sujet pense que l'événement va durer ou instable, dans le cas contraire (événement ponctuel et provisoire). La reformulation du modèle prédit qu'une attribution stable peut affecter la gravité de la résignation ou de la dépression, suite à un événement incontrôlable. La troisième dimension, qui est la "globalité", concerne le questionnement de la personne sur la cause de cet événement : cette cause pourra être jugée comme ayant un impact important sur plusieurs aspects de sa vie (attribution globale) ou sur un aspect particulier (attribution spécifique). Dans ce modèle, le fait d'attribuer un événement négatif à un facteur global plutôt que spécifique peut entraîner une mauvaise adaptation de plus longue durée. Le modèle conclut que "les individus qui s'expliquent d'une manière interne, stable et globale les événements négatifs qui leur arrivent, ont tendance à devenir dépressifs" (Peterson et Seligman, 1984, p. 347).

Selon ce modèle, l'optimisme porte sur la façon dont les gens s'expliquent les événements difficiles et incontrôlables qui leur arrivent (Buchanan et Seligman, 1995 ; Seligman, 1991). Ce modèle propose deux types de "styles explicatifs" : le style optimiste et le style pessimiste. Les optimistes donneront aux événements négatifs plus d'attributions externes, instables et spécifiques ; ils feront preuve de résilience et ils surmonteront rapidement leur désir d'abandon. En revanche, les pessimistes recourront davantage à des

attributions internes, stables et globales et seront plus susceptibles de manifester des symptômes de dépression.

Afin de pouvoir évaluer le style explicatif les chercheurs utilisent généralement L'Attributional Style Questionnaire (ASQ) (Peterson, Semmel, Von Baeyer, Abramson, Metalsky et Seligman, 1982).

A retenir : Les deux modèles présentés relatifs aux conceptions successives de l'optimisme présentent des limites, notamment parce qu'ils ne prennent pas en compte les sentiments (émotions, affects) éprouvés par les personnes face aux événements. Pour cette étude, nous avons choisi de nous référer au modèle de la disposition à l'optimisme proposé par Scheier et Carver (1985) qui conceptualisent l'optimisme comme un trait de personnalité. Ces deux modèles ont généré des outils spécifiques pour mesurer l'optimisme, que nous allons présenter juste après.

1.2.2. Les Mesures de l'optimisme

Comment mesurer l'optimisme dispositionnel ?

Afin de mesurer l'optimisme, le Life Orientation Test (LOT) a été créé par Scheier et Carver (1985) qui l'ont ensuite révisé quelques années plus tard (LOT-R ; Scheier, Carver, et Bridges, 1994). Il est utilisé dans une version française validée par Sultan et Bureau (1999), ou par Trottier, Trudel, Mageau et Halliwell (2008).

Le LOT est reconnu comme le meilleur instrument pouvant mesurer l'optimisme (Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig, et Vickers, 1992). Dans sa version originale, il est composé de huit items. Quatre items mesurent le pessimisme et quatre, l'optimisme. Les huit items sont réunis afin de mesurer un construit unidimensionnel, soit l'optimisme dispositionnel. Les sujets répondent à chaque item sur une échelle de type Likert variant de 0 (fortement en désaccord) à 4 (fortement d'accord). Scheier et Carver (1985) rapportent une

cohérence interne (alpha de Cronbach, α) de 0.76 et une fidélité test-retest (r de Pearson) de 0.79 sur une période de plus de quatre semaines. Dans sa version révisée (LOT-R), l'outil comprend six énoncés d'évaluation personnelle et quatre leurres. Avec une consistance $\alpha = 0.78$ et des analyses confirmatoires attestant d'une adéquation du modèle aux données recueillies, les qualités psychométriques sont jugées satisfaisantes (Trottier, Trudel, et Halliwell, 2007). Cette version a été testée auprès d'un échantillon de 2.055 étudiants. Une analyse en composantes principales a permis de mettre en valeur l'existence d'un facteur regroupant les six items mesurant l'optimisme qui expliquent 48.1% de la variance. Les analyses factorielles confirmatoires ont attesté de la validité du modèle à un facteur, bien que certains auteurs aient souligné la bidimensionnalité potentielle de cet instrument (Sultan et Bureau, 1999), en raison des différences de formulation des items (formulations positives et négatives). En effet, il serait possible de considérer que l'optimisme et le pessimisme soient deux traits distincts, seulement partiellement corrélés. Cette question du continuum ou de la distinction entre traits considérés comme positifs ou négatifs sera abordée dans la discussion. Une première version française du LOT-R a été proposée par Sultan et Bureau (1999), puis une seconde version française a été validée par une équipe canadienne, après réalisation d'une nouvelle traduction du LOT-R (Trottier et al., 2008), en suivant les différentes étapes du processus de validation transculturelle établi par Vallerand (1989). Les qualités psychométriques de cette version française, validée auprès d'un échantillon de 204 étudiants, sont satisfaisantes. La consistance interne est proche de la version anglaise ($\alpha = 0,76$), et la fidélité test-retest à cinq semaines est bonne (0,74). Les analyses factorielles confirmatoires indiquent que la version française possède une structure similaire à la version originale de l'instrument. Cet outil peut donc être utilisé auprès d'une population francophone dans le cadre de recherches et de la pratique.

Comment mesurer l'optimisme selon le style explicatif ?

A titre indicatif nous présentons en quelques lignes l'Attributional Style Questionnaire ou ASQ (Peterson, et al., 1982 ; Seligman, Abramson, Semmel, & von Baeyer, 1979). Dans l'ASQ, il est demandé aux sujets d'imaginer qu'ils sont confrontés à un ensemble d'événements hypothétiques positifs et négatifs pour lesquels ils doivent à chaque fois mentionner la « cause principale » de celui-ci. Ensuite, les sujets doivent, pour chaque scénario, indiquer sur une échelle en 7 points, à quel point la cause est interne versus externe, stable versus instable, et globale versus spécifique.

A retenir : Au regard de la littérature, nous avons constaté que Le questionnaire LOT-R de Scheier et Carver (1994) est l'outil le plus utilisé dans le cadre des études scientifiques portant sur l'influence de l'optimisme dispositionnel sur la sante physique et psychique.

Considérons maintenant comment l'optimisme intervient dans le cadre de la maladie physique et plus particulièrement dans le cadre d'une maladie cancéreuse.

1.2.3. Optimisme et santé

Les études dédiées à l'influence de l'optimisme sur la santé restent aujourd'hui moins nombreuses comparées à celles portant sur d'autres facteurs de la personnalité susceptibles d'avoir une influence sur la santé (par exemple, l'anxiété trait, ou encore le névrosisme). Nous avons fait le choix de présenter certaines études du domaine de la santé générale pour ensuite nous focaliser plus particulièrement sur la cancérologie et finir par une étude spécifique au domaine de l'onco-hématologie.

Optimisme, chirurgie cardiaque et chirurgie générale

Dans le cadre de la chirurgie cardiaque et de la chirurgie générale, des liens positifs ont été trouvés entre optimisme, détresse, et rétablissement post-opératoire. Plus précisément,

une étude portant sur 49 patients ayant eu un pontage aorto-coronarien a trouvé que les sujets avec un trait d'optimisme élevé présentent, en comparaison des autres, significativement moins de détresse avant la chirurgie et plus de satisfaction après la chirurgie (Fitzgerald, Tennen, Affleck et Pransky, 1993). De même, Scheier, Matthews, Owens, Schulz, Bridges, Magovern et Carver (1999) ont constaté sur un échantillon de 304 patients opérés d'un pontage, que les optimistes présentent moins de probabilité de ré-hospitalisation après le pontage que les pessimistes et que cet impact de l'optimisme est indépendant de divers facteurs sociodémographiques (âge, sexe), médicaux (gravité de la maladie) et psychologiques (estime de soi, dépression et névrotisme). Ils suggèrent également que les attentes positives des optimistes pourraient les conduire à un meilleur rétablissement après la chirurgie. Balck, Lippmann, Jeszenszky, Günther et Kirschner (2015) ont étudié le lien entre l'optimisme dispositionnel et le niveau de récupération après une chirurgie de prothèse de la hanche chez 325 patients. Ils concluent également que l'optimisme dispositionnel a un impact positif sur la récupération des sujets, trois mois après l'intervention.

Optimisme, maladie chronique et accident vasculaire cérébrale (AVC)

Dans une étude portugaise, Vilhena, Pais-Ribeiro, Silva, Pedro, Meneses, Cardoso, Da Silva et Mendonça (2014) ont exploré les liens entre divers facteurs psychologiques, la qualité de vie et le bien-être chez 774 patients atteints de maladies chroniques. Les sujets ont complété divers questionnaires relatifs à des données socio-démographiques, médicales, et psychosociales (optimisme dispositionnel, affectivité positive, soutien social, spiritualité et compliance thérapeutique). Les auteurs constatent que les patients qui rapportent des niveaux d'optimisme, d'affectivité positive, de spiritualité, de soutien perçu et de compliance élevés, ont aussi la qualité de vie et le bien-être les plus importants. Dans un autre registre, Kim, Park et Peterson (2011) ont exploré si l'optimisme pouvait avoir un effet protecteur sur le risque d'AVC chez le sujet âgé. Six mille quarante quatre sujets des deux sexes, âgés de plus de 50

ans et sans antécédent d'AVC, ont été inclus dans leur étude. Les auteurs ont pris en compte certains facteurs médicaux en termes de maladies chroniques, de santé générale (style de vie), ainsi que des facteurs sociodémographiques, comportementaux et psychologiques. Les résultats ont montré qu'un niveau d'optimisme élevé est associé à un risque moindre d'AVC. L'effet protecteur de l'optimisme reste significatif après avoir contrôlé les autres facteurs considérés dans l'étude.

A retenir : Les études présentées ci-dessus sont consensuelles quant à l'impact positif qu'exerce l'optimisme sur l'ajustement émotionnel, en termes de qualité de vie et de détresse émotionnelle. Les sujets optimistes ont tendance à mieux s'adapter aux difficultés liées à la maladie physique et à avoir un meilleur rétablissement après une intervention chirurgicale. L'effet protecteur de l'optimisme sur la survenue d'un AVC a été constaté dans une étude d'envergure portant sur une cohorte importante. Ce résultat reste cependant à contrevalider sur d'autres sujets et pour d'autres problèmes de santé.

Nous allons maintenant examiner plus particulièrement l'influence que peut exercer l'optimisme sur l'ajustement de patients atteints de cancers.

1.2.4. Optimisme et maladie cancéreuse

Optimisme et cancer de la prostate

S'agissant du cancer de la prostate, des liens ont été trouvés entre l'optimisme, la détresse psychologique, le besoin du soutien psychologique, la qualité de vie ainsi que la prise de décision relative au traitement. Plus précisément, Zenger, Petrowski, Ernst, Götze et Hinz (2012) ont investigué les liens entre optimisme, détresse psychologique, besoin de soutien psychologique et qualité de vie chez 253 hommes traités pour un cancer de la prostate à trois temps (pendant l'hospitalisation, deux semaines après et trois mois après). Les résultats ont montré que l'optimisme est corrélé négativement avec la détresse psychologique au moment

de l'hospitalisation et le besoin de soutien psychologique trois mois après. Les chercheurs suggèrent que les patients avec un niveau bas d'optimisme sont plus à risque de développer une détresse psychologique pendant la maladie et que leurs besoins de soutien devraient être pris en compte. Orom, Penner, West, Downs, Rayford et Underwood (2009) ont constaté, sur une population d'hommes ayant un cancer de la prostate (N=125), que ceux qui étaient évalués comme les moins optimistes avaient le risque le plus important d'avoir des difficultés à prendre des décisions pour leur traitement et d'être également insatisfaits de cet état de fait.

Optimisme et cancer du sein

Concernant le domaine du cancer du sein, l'optimisme a fait l'objet d'un nombre d'études conséquent. L'optimisme semble avoir un impact positif au niveau de la détresse émotionnelle, de la douleur ressentie et de la croissance post-traumatique (post-traumatic growth). Ce concept anglo-saxon désigne le fait de bénéficier de changements positifs au niveau du fonctionnement psychologique après avoir vécu une situation difficile telle qu'une maladie ou autre situation aversive (Tedeschi et Calhoun, 1995).

Plus en détails, Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat et Clark (1993) ont mené une recherche auprès de femmes en traitement pour cancer du sein (N=59). Les patientes ont été interrogées au moment du diagnostic, le jour avant la chirurgie, quelques jours après la chirurgie ainsi que 3, 6 et 12 mois après. Les résultats ont montré que l'optimisme (évalué au 1^{er} temps de l'étude) prédit moins de détresse au fil du temps. Ce résultat se maintient après avoir contrôlé divers facteurs médicaux ainsi que la tendance à la détresse préexistante.

Bruce, Thornton, Powell, Johnston, Wells, Heys, Thompson, Cairns Smith, Chambers et Scott (2014) ont exploré les déterminants psychosociaux et médicaux de la douleur post-chirurgicale chez 362 femmes opérées d'un cancer primitif du sein. Ils constatent qu'un optimisme dispositionnel élevé est un facteur protecteur de douleurs 4 mois après la chirurgie.

Büyükasik-Colak, Gündogdu-Aktürk et Bozo (2012) ont trouvé chez des patientes opérées d'un cancer du sein que les plus optimistes étaient aussi celles qui recouraient à des stratégies de coping centrées sur le problème (combativité, mise en place de plans d'action), stratégies qui elles-mêmes étaient significativement associées un niveau élevé de croissance post-traumatique.

La croissance post-traumatique et l'optimisme ont également fait l'objet d'autres études.

Optimisme, cancer et croissance post-traumatique

L'impact positif de l'optimisme sur la croissance post-traumatique a été exploré sur divers types de cancers ainsi que dans le cadre spécifique d'une greffe de moelle osseuse.

Dans une recherche portant sur 103 patients récemment diagnostiqués pour un cancer primitif du cou et/ou de la tête, Llewellyn, Horney, McGurk, Weinman, Herold, Altman et Smith (2013) ont étudié l'impact de divers facteurs psychosociaux sur la croissance post-traumatique. Les auteurs constatent que le facteur le plus prédictif du fait d'associer des conséquences positives à son cancer était un niveau élevé d'optimisme.

Tallman, Shaw, Schultz et Altmaier (2010) ont également étudié les liens entre croissance post-traumatique et bien-être psychologique et physique chez 25 patients ayant bénéficié 9 ans auparavant d'une allogreffe de moelle osseuse. Les chercheurs ont évalué le bien-être (en termes de dépression et de fonctionnement physique) et le développement post-traumatique. Avant le traitement, l'optimisme, le soutien social et le bien-être avaient été évalués. Les résultats ont montré que 9 ans après leur greffe, les sujets présentaient des niveaux élevés de bien-être physique et psychologique. Les survivants rapportaient également un niveau de croissance post-traumatique qui se focalisait plus spécifiquement sur certains domaines comme un sentiment de force intérieure et des relations interpersonnelles améliorées. Les femmes rapportaient une croissance post-traumatique plus élevée que les

hommes et les survivants les plus âgés, plus de spiritualité (qui constitue une facette de la croissance post-traumatique). La croissance post-traumatique et le bien-être après le traitement ont été prédits par 2 variables psychosociales évaluées avant le traitement : un degré élevé d'optimisme et un soutien social perçu comme satisfaisant.

Optimisme, cancer, fatigue, douleur et récupération

Davidge, Bell, Ferguson, Turcotte, Wunder et Davis (2009) mentionnent dans leur étude que l'optimisme dispositionnel est un des prédicteurs les plus importants de la façon dont les patients s'attendent à récupérer après une chirurgie pour un sarcome (N=157). Les individus pessimistes sont plus susceptibles de s'attendre à une récupération difficile ou d'avoir des attentes incertaines quant à leur récupération que les sujets optimistes.

Dans une étude longitudinale portant sur des sujets ayant divers cancers, Kurtz M.E., Kurtz J.C., Given C.W et Given B.A. (2008) ont investigué l'impact de l'optimisme dispositionnel sur la gestion de la douleur et de la fatigue. Deux cent quarante patients en cours de chimiothérapie ont été interrogés à trois temps. Au moment de la première intervention, 10 et 16 semaines après. Les résultats soulignent que les patients les plus âgés avec un score d'optimisme élevé, ont plus que les autres, tendance à rapporter moins des symptômes douloureux. Ces auteurs ont souligné la nécessité pour les médecins et les infirmières impliqués dans les soins des patients atteints de cancer à reconnaître, encourager et promouvoir ces ressources auprès de leurs patients afin de les aider à gérer plus efficacement leur maladie et à maintenir un niveau satisfaisant de qualité de vie pendant et après leur traitement.

Optimisme, cancer, ajustement émotionnel et qualité de vie

Diverses études ont trouvé des liens significatifs entre l'optimisme et la qualité de vie ainsi que l'ajustement émotionnel en termes d'anxiété et de dépression.

Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, Lipsanen et Hietanen (2012) ont voulu identifier les liens entre le sens de la cohérence, l'optimisme dispositionnel et la détresse en termes d'anxiété et de dépression chez des patients atteints de cancers et leurs partenaires. Chez les 147 couples étudiés, les résultats ont montré que les patients et les partenaires les plus optimistes et avec le sens de cohérence le plus fort rapportaient le moins de symptômes de dépression et d'anxiété. Une autre étude portant sur des sujets atteints de cancer de la tête et du cou a abouti aux mêmes résultats. Les sujets ont été interrogés avant le traitement et 3 mois après le traitement. Les optimistes présentent une meilleure qualité de vie et une détresse moindre avant le traitement, niveaux qui se maintiennent également après le traitement.

De la même manière, Stern, Krivoy, Foster, Bitsko, Toren et Ben-Arush (2010) ont trouvé que l'optimisme était associé de manière significative et positivement à la qualité de vie, chez des adolescents et des jeunes adultes traités depuis au moins six mois pour un cancer (N=51). Mazanec, Daly, Douglas et Lipson (2010) ont également exploré les liens entre l'optimisme et la qualité de vie liée à la santé chez 163 patients récemment diagnostiqués (moins de six mois) pour un cancer (tous types et tous stades confondus). Les résultats ont montré que les patients avec un niveau élevé d'optimisme avaient de scores plus faibles aux mesures de la dépression ($r = -0.35, p < .001$) et de l'anxiété ($r = -0.38, p < .001$).

Schou, Ekeberg, Karesen et Sorensen (2008) ont voulu étudier l'impact d'une intervention psychosociale (groupe de parole) auprès des 165 femmes atteintes d'un cancer du sein, après leur chirurgie. L'optimisme dispositionnel, la dépression, l'anxiété et la qualité de vie ont été mesurés. Les résultats suggèrent que les femmes optimistes ont plus tendance à vouloir participer à ce groupe de soutien que les femmes avec un niveau d'optimisme moins élevé. Par ailleurs, ces auteurs ont trouvé que l'intervention psychosociale était un prédicteur important de la diminution de l'anxiété 12 mois après la chirurgie. Cependant, cette étude reste empirique et on ne sait pas si l'intervention psychosociale est le seul facteur qui a participé à la diminution de l'anxiété ou si d'autres facteurs tels que la distance d'avec

l'événement douloureux ne jouent pas également un rôle important. Enfin, cette étude n'a pas trouvé des résultats concluants quant au rôle de l'optimisme sur la qualité de vie et la dépression.

Optimisme et cancer hématologique

Enfin, pour finir ce chapitre, nous mentionnerons la seule étude existant à notre connaissance et à ce jour, qui a exploré l'optimisme chez des sujets correspondant à notre population d'étude, c'est-à-dire ayant subi une greffe de moelle osseuse. Cette étude, menée par l'équipe de Curbow, a été publiée en 1993 dans *le Journal of Behavior Medicine*.

Les auteurs ont investigué d'une part le nombre et le sens des changements personnels chez des patients ayant survécu à une greffe de moelle osseuse. D'autre part, ils ont étudié les relations de ces changements de vie et de l'optimisme dispositionnel avec l'ajustement psychologique de ces patients, en termes de satisfaction de la vie courante et future et d'humeur. Cent trente cinq patients ont été inclus dans cette étude, interrogés entre 6 et 149 mois après la greffe. Les sujets ont rapporté plus de changements de vie positifs que négatifs. En comparant ces résultats avec ceux d'une étude portant sur les changements positifs dans la vie en général (Reich et Zautra, 1988), les auteurs ont trouvé que les patients qui ont eu une greffe de moelle osseuse rapportaient autant des changements positifs que la population générale. Les changements négatifs concernaient plus le domaine de la santé physique (perte de la force physique, notamment). Les changements positifs ciblaient plus spécifiquement leurs relations aux autres et le domaine psychologique et existentiel. Pour la majorité des patients il y a eu des changements positifs quant aux priorités de la vie et à l'importance de certaines choses. Quant aux changements négatifs, ils étaient plus en corrélation avec des difficultés d'ajustement psychologique que les changements positifs. Le nombre de changements négatifs rapportés était lié de manière significative et positive à une insatisfaction relative à la vie actuelle et future et à des troubles de l'humeur, une fois les

variables sociodémographiques, médicales et l'optimisme dispositionnel contrôlés. Enfin, les auteurs ont trouvé des liens significatifs entre l'optimisme et l'humeur négative, un niveau d'optimisme élevé étant significativement associé à des niveaux plus bas d'affects négatifs.

A retenir : Les patients optimistes ont tendance à rapporter moins de fatigue et moins de douleurs que les autres et à avoir une meilleure récupération pendant leur maladie. Nombre d'études ont mis en évidence des liens positifs entre l'optimisme et la qualité de vie, les patients les plus optimistes ayant une meilleure qualité de vie. Concernant l'ajustement émotionnel, l'optimisme aurait un effet protecteur sur l'état anxio-dépressif des patients.

Mais l'on sait par ailleurs que la relation entre optimisme et ajustement psychologique peut être influencée par les stratégies de coping auxquelles le sujet recourt pour faire face aux situations aversives (ici le cancer et les traitements associés). Scheier et al. (1986) ont bien montré que les optimistes et les pessimistes employaient de stratégies de coping différentes face aux situations anxiogènes : plus centrées sur le problème chez les sujets optimistes, à la différence des pessimistes qui recourent préférentiellement à des stratégies émotionnelles. Qu'en est-il plus spécifiquement des stratégies de coping mise en œuvre par les sujets confrontés à un cancer ? C'est ce que nous allons voir à présent.

2. Coping, et soutien social : deux médiateurs de l'impact du cancer sur l'état émotionnel, la qualité de vie et l'image du corps

2.1. Les stratégies de coping

2.1.1. Origine du concept et quelques définitions

Le concept du coping est extrêmement populaire dans les pays anglo-saxons depuis les années 1975. En France, il a commencé à être utilisé dans les années 1990 avec les travaux de

Paulhan (1992) qui fut la première à présenter ce concept dans sa recherche doctorale, puis en 1994 dans son ouvrage "Les stratégies d'ajustement, ou coping".

On parle de coping pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer une situation stressante (Lazarus et Folkman, 1984). Ce terme a été initialement traduit par "stratégies d'ajustement", mais depuis 1999 l'intitulé anglo-saxon de "coping" est mentionné dans certains dictionnaires français.

Le coping peut prendre des formes très diverses (Bruchon-Schweitzer, 2001) : il peut s'agir de cognitions (réévaluation de la situation stressante ou des ressources disponibles, restructuration cognitive, plans d'action), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse) ou de comportements (résolution de problème, recherche d'informations, recherche d'aide, activité physique). Ces réactions permettent à une personne confrontée à l'adversité de tenter de transformer la situation et/ou de se modifier lui-même pour la rendre plus tolérable.

La notion de coping est affiliée historiquement à celle de mécanismes de défense développée à la fin du 19ème siècle avec la naissance de la psychanalyse. Dans les premiers textes de Freud sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Chabrol et Callahan (2004) dans leur ouvrage "Mécanismes de défense et coping" présentent de manière très détaillée les différences entre les concepts de mécanisme de défense et de coping. Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens ; il distord généralement la réalité. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (relative à un problème dans les relations entre l'individu et environnement) ; elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cette situation. Les stratégies de

coping se différencient des mécanismes de défense, surtout parce que ce sont des tentatives conscientes et volontaires pour affronter des problèmes actuels ou récents.

La notion de coping est aussi affiliée à celle d'adaptation développée dans la seconde moitié du 19^{ème} siècle. Selon Lazarus et Folkman (1984) il convient de distinguer nettement coping et adaptation. L'adaptation est un concept très large qui inclut tous les modes de réactions chez l'homme, alors que le coping est un concept beaucoup plus spécifique parce qu'il ne concerne que les réactions du sujet aux variations de l'environnement perçues comme menaçantes.

L'approche transactionnelle du coping se distingue donc des modèles précédents relatifs aux mécanismes de défense et aux processus d'adaptation. Selon cette approche, il n'y a pas de stratégie efficace ou inefficace en soi, indépendamment des caractéristiques de la situation à affronter d'une part, et des caractéristiques du sujet (type, traits, structure de personnalité), d'autre part.

Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme "l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources". Selon eux le coping est un processus spécifique et constamment changeant et non une disposition caractéristique générale et stable. Le coping est une réaction cognitive, émotionnelle ou comportementale fluctuante, résultat d'une évaluation continue par le sujet de sa relation à son environnement. Lazarus et Folkman (1984) définissent deux fonctions principales du coping. Il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress (coping centré sur le problème) ou il peut faciliter la régulation des réponses cognitives et émotionnelles associées à ce problème (coping centré sur l'émotion). Il convient de souligner qu'une stratégie centrée sur le problème ne s'exprimera pas forcément par un comportement et une stratégie centrée sur l'émotion par une émotion.

Le coping centré sur le problème

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face ; elle comprend deux dimensions plus spécifiques, la résolution du problème et l'affrontement de la situation.

Le coping centré sur l'émotion

Il concerne les diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation. La gestion des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Lazarus et Folkman (1984) ont obtenu cinq dimensions se rattachant au coping centré sur l'émotion en regroupant les réponses de 100 adultes aux 67 items de l'échelle "The Ways of Coping Checklist" (WCC) :

- la minimisation de la menace, avec prise de distance (j'ai fait comme si rien ne s'était passé, je me suis dit que ce n'était pas grave) ;
- la réévaluation positive (je suis sorti(e) plus fort(e) de cette épreuve) ;
- l'auto-accusation (j'ai compris que c'était moi qui avais créé le problème) ;
- l'évitement fuite (j'ai essayé de me sentir mieux en buvant ou fumant, j'ai essayé de tout oublier) ;
- la recherche de soutien émotionnel (j'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un).

Certains auteurs ont ajouté une troisième dimension de coping : la recherche de soutien social qui correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie ou l'aide d'autrui et qui ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social. Selon Carver, Scheier et Weintraub (1989), cette stratégie peut être considérée soit comme un coping centré sur le problème, si elle correspond à des tentatives visant à obtenir des informations ou une aide matérielle pour régler une difficulté, soit comme un coping centré sur l'émotion si elle vise à une écoute ou à une réassurance afin de réduire des émotions négatives.

Selon Stroebe, M., Schut et Stroebe, W. (2005), face à une maladie grave, le coping centré sur l'émotion s'avère plus fonctionnel que le coping centré sur le problème. Le coping

centré sur l'émotion est souvent assimilé au coping évitant qui consiste à prendre de la distance vis-à-vis de la situation qui est source d'angoisse (l'annonce d'une maladie grave, par exemple), en la fuyant. Ce comportement peut avoir une efficacité importante dans l'immédiat, mais cette efficacité est à court terme (Suls et Fletcher, 1985). De l'autre côté, le coping centré sur le problème peut conduire à un état d'hyper-vigilance, ce qui peut aussi s'avérer nocif si la personne ne trouve aucun moyen pour faire face à un facteur de stress qui dure dans le temps (Chabrol et Callahan, 2004).

Notre expérience au sein d'un service de cancérologie nous montre que tout un panel de stratégies peut être utilisé par les sujets dans leur vie quotidienne et tout au long de leur parcours de maladie. Face à l'annonce d'une maladie grave telle qu'une leucémie par exemple, la réaction du patient sera unique en fonction de ce qu'il est, ce qu'il a comme expérience, ses représentations de la maladie, son histoire de vie, sa famille. Nous retrouvons à la fois la colère comme manière initiale de faire face, mais aussi l'auto-accusation ; le fait de trouver une cause à sa maladie peut amener le patient à se sentir plus fort et augmenter son sentiment de contrôle. Enfin, notre expérience nous montre l'extrême variabilité inter- mais aussi intra-individuelle dans le recours aux stratégies de coping, selon les étapes qui jalonnent l'histoire de la maladie du sujet.

Les travaux de Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess et Robertson (1988) ont été parmi les premiers à permettre de mieux identifier les stratégies spécifiques élaborées par les patients cancéreux. Sur la base d'entretiens exploratoires menés auprès de patients ayant un cancer, ces auteurs ont retenu un panel de 58 réactions reflétant au mieux leurs pensées, sentiments et comportements consécutifs à un diagnostic de cancer. Des analyses factorielles des réponses de 235 patients ont permis de regrouper ces réactions et cinq méta-stratégies :

- l'esprit combatif, l'impuissance-désespoir, les préoccupations anxieuses, le fatalisme et le déni.

C'est à partir de ces premiers résultats que ces auteurs ont par la suite construit et validé la Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC, Watson et al., 1988) qui comprend 40 items : 16 pour l'esprit combatif, 6 pour l'impuissance-désespoir, 9 pour les préoccupations anxieuses, 8 items pour le fatalisme et 1 pour le déni.

Dans la MAC, l'esprit combatif est défini comme la capacité d'une personne à considérer la maladie comme un défi, à souscrire à une vision optimiste du futur et à croire qu'elle peut contrôler en partie sa maladie ; des stratégies dites actives sont alors mises en place. Dans le cas de l'impuissance-désespoir, la personne perçoit et vit sa maladie comme une situation perdue, le pronostic comme étant inévitable et son devenir de manière négative. Selon elle, aucun contrôle ne peut être exercé sur la maladie et donc les stratégies actives sont absentes. Les préoccupations anxieuses traduisent une angoisse importante associée au diagnostic et au pronostic, lequel est perçu comme incertain. La maladie semble difficilement maîtrisable mais des réponses comportementales compulsives permettant de se rassurer sont mises en œuvre. Le fatalisme est associé à une perception du diagnostic, comme une forte menace et le devenir est accepté avec équanimité dans la mesure où aucun contrôle ne peut être exercé sur la maladie. L'absence de stratégies plus combatives laisse place à une acceptation passive ou à la résignation. Enfin, les personnes qui utilisent le déni comme méthode d'ajustement considèrent que le diagnostic est une menace minime et gardent un point de vue positif sur l'avenir, bien que les stratégies de "contrôle" ne soient pas présentes. L'esprit combatif reste proche du coping centré sur le problème tandis que l'impuissance/désespoir, les préoccupations anxieuses et le fatalisme sont des sous-dimensions du coping sur l'émotion.

A retenir : La notion du coping se réfère aux réponses (affectives, comportementales et cognitives) du sujet face à une situation stressante et se distingue des notions de mécanismes de défense et d'adaptation parce qu'il s'agit de tentatives conscientes et non stéréotypées.

Aujourd'hui, nous utilisons plus le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) pour distinguer les différentes formes de coping, principalement en deux catégories : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Les travaux de Watson et de son équipe ont beaucoup apporté sur la connaissance des stratégies spécifiques de patients cancéreux et leur échelle, la MAC, représente une des mesures phares pour évaluer le coping des patients cancéreux. Mais ils en existent aussi d'autres que nous allons présenter maintenant.

2.1.2. Les mesures de stratégies de coping

Il existe aujourd'hui de nombreux outils pour évaluer le coping. Certaines mesures sont généralistes, d'autres évaluent les réactions de sujets confrontés à un événement spécifique. Nous présenterons ici quelques exemples de mesures parmi celles les plus utilisées dans la recherche et dans la clinique.

Mesures généralistes

La WCC-R de Vitaliano et son équipe (1985)

The Ways of Coping Checklist Revised, (WCC-R) de Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro et Becker (1985) est une version abrégée de l'échelle WCC (Ways of Coping checklist) de Lazarus et Folkman développée dans les années 70, dans la continuité de leur théorie transactionnelle du stress selon laquelle le coping a deux fonctions, à la fois résoudre les problèmes mais aussi réguler les émotions. Cette échelle présente également de bonnes qualités psychométriques et a été adaptée et validée en français (Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier et Rascle, 1996). Trois facteurs très clairs ont été retrouvés : le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion et la recherche du soutien social.

A titre indicatif, il existe d'autres échelles généralistes qui mesurent le coping, la plus utilisée étant la *Brief-Cope* de Carver (1990) et sa version abrégée (Carver, 1997). Cet outil a été traduit, adapté et validé en français par Muller et Spitz en 2003.

Mesures spécifiques

D'autres échelles permettent d'évaluer les stratégies des sujets confrontés à un événement spécifique, un problème de santé par exemple.

La Coping with Health Problems and Injuries Scale, (CHIP) de Endler et Summerfeldt (1998) est destinée à des sujets souffrant d'une pathologie somatique. La CHIP avait été construite au départ pour des patients cancéreux, puis elle a été révisée afin de convenir à des groupes de patients très différents. Cet outil comprend 32 items et permet d'évaluer quatre dimensions : le coping palliatif, le coping instrumental, la distraction et le coping émotionnel. Ce questionnaire est de plus en plus utilisé de nos jours. Il a été traduit en français par Constant (2004) puis validé par Montel et Bungener (2010) sur des patients atteints de maladies neurologiques.

Il existe aussi une échelle spécifique pour évaluer le coping face à la douleur : le *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ) de Rosentiel et Keefe (1983) adapté et validé en français par Irachabal, Koleck, Rascle et Bruchon-Schweitzer en 2008 auprès de patients douloureux chroniques.

Enfin, rappelons l'intérêt tout particulier que peut avoir la Mental Adjustment to Cancer Scale, (MAC-Scale) de Watson et son équipe, présentée plus haut, et qui est une mesure spécifique aux patients cancéreux.

De quelle manière le coping peut influencer l'ajustement des patients à leur maladie ? C'est ce que nous allons développer à présent.

2.1.3. Strategies de coping et maladie physique

Dans la littérature le coping et la sante physique ont fait l'objet d'un très grand nombre d'études. Les études sont spécifiques à des différents types de maladies (asthme, mucoviscidose, accident vasculaire cérébral, etc.). D'une manière générale, les auteurs s'accordent sur le fait que les stratégies de coping peuvent influencer l'ajustement des patients à leur maladie. A titre d'exemple, Lo Buono, Corallo, Bramanti et Marino (2015) ont conclu dans leur revue de la littérature que le coping est fortement liée à la qualité de vie de patients après un accident vasculaire cérébral.

2.1.4. Strategies de coping et cancer

De la même manière, la littérature abonde d'études évaluant les stratégies de coping mises en place par les patients atteints de cancers, afin d'identifier leur degré de fonctionnalité.

Plus en détails, Stanton, Danoff-Burg et Huggins (2002) ont effectué une étude longitudinale auprès de 70 femmes atteintes de cancer et ont trouvé que l'acceptation de la maladie prédit un meilleur ajustement (bonne QDV, stabilité émotionnelle) qu'un coping centré sur l'évitement, ce dernier étant par ailleurs associé à une peur plus importante de récurrence. Watson, Haviland, Greer, Davidosn et Bliss (1999), ont étudié l'impact du coping, de l'anxiété et de la dépression sur la survie à 5 ans de femmes traitées pour cancer du sein. Parmi les 578 femmes incluses dans l'étude, 395 étaient toujours en rémission 5 ans après, 50 avaient récidivé et 133 étaient décédées. Ils ont constaté que les patients qui avaient un score élevé d'impuissance/désespoir à la MAC (Mental Ajustment to Cancer Scale) au moment de l'inclusion, avaient un risque significativement plus important de récurrence ou de décès que les femmes avec un score faible à cette même dimension. Au sein de cette étude, les résultats concernant l'esprit combatif n'ont pas été concluants, cette stratégie n'ayant pas d'impact sur

la survie à 5 ans. Enfin, un score élevé de dépression à l'inclusion était également en lien étroit avec un risque élevé de récurrence et de décès à 5 ans.

De nombreuses études ont analysé les liens entre les processus de coping et l'ajustement émotionnel de patients atteints de cancer en termes d'anxiété et de dépression, en lien avec le soutien social ainsi que la qualité de vie. Le sentiment général est que les stratégies de coping sont un des facteurs les plus importants en lien avec la qualité de vie et la détresse psychologique chez les patients atteints de cancer. (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor et Falke, 1992) ; Grassi, Rosti, Lasalvia et Marangolo, 1993). Plus spécifiquement, Grassi et al., (1993) ont constaté, sur un échantillon de 157 patients traités pour divers cancers, que la dimension "esprit combattif" de l'échelle MAC était en lien positif avec un sentiment de contrôle élevé et un soutien social perçu comme important tandis que la dimension impuissance/désespoir était liée à ces deux variables de manière opposée.

Le coping centré sur le problème est généralement associé à un bon ajustement émotionnel et à une meilleure qualité de vie (Al-Azri, Al-Awisi et Al-Moundhri, 2009 ; Cayrou et Dickes, 2008 ; Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold et Targ, 1999 ; Danhauer, Crawford, Farmer et Avis, 2009 ; Epping-Jordan, Compas, Osowiecki, Oppedisano, Gerhardt, Primo et Krag, 1999 ; Filazoglu et Griva, 2008 ; Ransom, Jacobsen, Schmidt, et Andrykowski, 2005 ; Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Bishop, Collins, Kirk, Sworowski et Twillman, 2000, Stanton et al., 2002) et à une détresse émotionnelle moindre (Al-Azri et al., 2009 ; Ptacek, Ptacek et Dodge, 1994 ; Schnoll, Harlow, Brandt. et Stolbach, 1998).

La littérature montre également que l'impuissance-désespoir et les préoccupations anxieuses accroissent la morbidité psychologique (Ben-Zur, 1999 ; Cotton et al., 1999 ; Cousson-Gélie, Irachabal, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy et Lakdja, 2005 ; Felder, 2004 ; Schnoll et al., 1998). L'évitement est notamment associé à un mauvais ajustement (Ben-Zur, Gilbar. et Lev, 2001 ; Bloom et Spiegel, 1984 ; Carver et al., 1993 ; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor et Falke, 1992 ; Holland et Holahan, 2003 ; Jadouille, Robkani, Ogez,

Maccioni, Lories, Bruchon-Schweitzer et Constant, A., 2006 ; Ptacek et al., 1994 ; Romero, Lindsay, Dalton, Nelson et Friedman, 2008), à une aggravation de la maladie et à une peur de la récurrence (Al-Azri et al., 2009 ; Li et Lambert, 2007 ; Stanton, et al., 2002).

L'évitement après les traitements prédit aussi plus de détresse et moins d'affectivité positive trois mois plus tard (Stanton et al., 2002). A court terme, l'évitement cognitif ou comportemental semble donc délétère pour l'ajustement (Carver et al., 1993 ; Osowiecki et Compas, 1999 ; Stanton et Snider, 1993 ; Stanton et al., 2002). Par ailleurs, l'évitement cognitif et comportemental serait également associé à un mauvais ajustement émotionnel (Bloom et Spiegel, 1984 ; Gerits, 1997 ; Irvine et Brown, 1984 ; Kemp, Morley et Anderson, 1999 ; Manne, Sabionni, Bovbjerg, Jacobsen, Taylor et Redd 1994).

A retenir : Les études concluent que si la situation est évaluée par l'individu comme contrôlable, il mettra en place plus de stratégies de coping centrées sur le problème alors que dans le cas contraire, il mettra plutôt en place de stratégies centrées sur l'émotion (Folkman et Lazarus, 1988 ; Watson et al., 1999). D'autre part, les stratégies de coping centrées sur le problème induisent un meilleur ajustement émotionnel et une meilleure qualité de vie que les stratégies centrées sur l'émotion ces dernières étant associées à une détresse émotionnelle plus importante et une altération de la qualité de vie.

2.1.5. Stratégies de coping et cancer hématologique

Evans, Thompson, Browne, Barr et Barton (1993) ont étudié les liens entre le coping et le bien-être psychologique chez 40 patients atteints de leucémie aigüe en rémission et ont trouvé que la dimension "esprit combatif" était en lien positif avec un meilleur bien-être psychologique.

Allart et al., (2013) ont publié une revue de la littérature sur les déterminants psychosociaux de la qualité de vie des patients atteints de cancers hématologiques. Ils

mentionnent deux études qui indiquent que l'esprit combatif a un impact positif sur la qualité de vie et une étude qui conclut que l'impuissance/désespoir est liée positivement à la détresse émotionnelle.

Pulgar, Alcalà et Reyes Del Paso (2015) ont suggéré que les variables psychosociales et plus spécifiquement les stratégies de coping peuvent jouer un rôle important au niveau de la réponse immunologique suite à une greffe de moelle osseuse, en termes de jour de prise de la greffe, de nombre d'infections et de niveau d'hémoglobine. Trente et un patients allogreffés ont été interrogés dans leur étude. Les résultats suggèrent que les stratégies de coping telles que la redéfinition de la situation, la relaxation, le stoïcisme et la passivité sont significativement et positivement associées à ces trois facteurs médicaux. Par ailleurs, la dépression est associée de manière positive et significative au nombre d'infections pendant la période de l'hospitalisation, et la rationalisation à des niveaux bas d'hémoglobine.

A retenir : Les études consacrées aux cancers hématologiques sont aussi concluantes sur le fait que le recours à l'esprit combatif induit un meilleur ajustement émotionnel et une meilleure qualité de vie que les stratégies centrées sur l'émotion ; l'esprit combatif pourrait même avoir un impact favorable sur certaines réponses biologiques favorisant un risque moindre de complications post-greffe.

Cependant les stratégies de coping ne sont pas la seule variable médiatrice à considérer. Le soutien social représente aussi une autre dimension importante et a fait aussi l'objet de nombreuses études en psycho-oncologie, comme nous allons le voir à présent.

2.2. Soutien Social

2.2.1. Définition

Le soutien social est devenu un concept très populaire dans les années 1970. Des études épidémiologiques menées dans les années 1960-1970 avaient montré que des situations

comme l'isolement augmentaient le risque de développer des pathologies mentales et/ou somatiques. Le soutien social comprend trois notions différentes, qui elles-mêmes se subdivisent en facettes plus spécifiques : le réseau social que l'on nomme aussi intégration sociale, le soutien social reçu et le soutien social perçu.

Le réseau social traduit "le nombre de relations sociales qu'un individu a établies avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité de ces liens" (Barrera, 1986). Cette notion décrit le degré relatif d'intégration sociale ou d'isolement d'un individu et elle correspond à l'aspect structural du soutien (Procidiano et Heller, 1983 ; Thoits, 1995). Selon Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014), diverses études ont montré que, d'une manière générale, la solitude est un facteur de risque de morbidité et de mortalité alors que l'intégration sociale est un facteur de protection. Cependant, l'intégration sociale ne joue pas un rôle modérateur significatif entre événements stressants et santé physique et psychologique (Thoits, 1995). Même avec la présence d'un réseau social important il n'est pas sûr que les relations développées au sein de ce réseau aient un impact bénéfique et protecteur pour la personne. Selon Cohen et Will (1988), c'est une relation intime, permettant de se confier à un autre significatif qui est la forme du soutien la plus fonctionnelle, celle qui protège l'individu contre les effets de l'adversité.

Le soutien social reçu est l'aide effective apportée à un individu par son entourage (Winnubst, Buunk et Marcelissen, 1988). Le soutien social reçu est défini par Barrera et Ainlay (1983) comme l'ensemble des aides spontanées que les individus reçoivent de la part de leur entourage. Selon Housse (1981), on distingue quatre fonctions du soutien : le soutien émotionnel qui consiste à recevoir de la part d'autrui l'expression des affects positifs qu'il nous porte (confiance, amitié, amour) ainsi que certains comportements de réassurance, de protection ou du réconfort ; le soutien d'estime qui consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et sa valeur, ce qui renforcera sa confiance en elle-même dans les moments de doute ; le soutien informatif qui comprend des conseils, des suggestions, l'apport

de connaissances sur un problème ou des propositions ; le soutien matériel qui implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de biens matériels et de services rendus dans des moments difficiles. Selon Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014), la plupart des travaux menés sur l'efficacité relative de ces différents types de soutien montre que le soutien émotionnel joue le rôle le plus important du fait qu'il permet de réduire le stress perçu et les états anxieux ; il affecterait l'évaluation primaire de la situation, augmenterait le contrôle perçu et faciliterait la recherche de stratégies de coping. Cependant le fait d'avoir un soutien social important ne veut pas directement dire que la personne en soit satisfaite ou qu'elle en tire un bénéfice. Par exemple, face à une personne qui exprime une souffrance importante relative à un événement douloureux, tel qu'un cancer, le fait que son entourage lui apporte du soutien en essayant d'effacer, dénier ou annuler ces ressentis peut aller à l'encontre de son besoin d'exprimer ses affects négatifs. C'est donc finalement la satisfaction ressentie par le destinataire qui serait l'indicateur le plus pertinent de l'adéquation de ce soutien face aux attentes et aux besoins de l'individu qui le reçoit. C'est ce que l'on appelle le soutien social perçu.

Le soutien social perçu traduit ainsi l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et le fait que celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits (Prodiano et Heller, 1983). Cette notion désigne également une transaction entre l'individu et son environnement telle que perçue par l'intéressé. Il s'agit d'une notion complexe qui peut se diviser en composantes comme la disponibilité et la satisfaction.

La disponibilité est le fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin (avis, information, écoute, réconfort, aide matérielle). Selon Cohen et Wills (1985), c'est précisément le fait d'être convaincu que certaines personnes peuvent nous aider qui atténue l'impact d'un événement stressant. Pour prendre l'exemple d'une maladie cancéreuse, notre expérience nous a montré qu'à l'annonce du diagnostic, le patient va s'interroger sur les gens autour de lui qui seront là pour

l'accompagner dans cette dure épreuve et qu'il aura un sentiment de mieux-être du seul fait de savoir qu'il y a du monde autour de lui. Il fera également part de la satisfaction qu'il éprouve face à cette présence et ce soutien. La satisfaction est souvent considérée comme l'aspect qualitatif du soutien social. Gentry et Kobasa (1984), définissent la satisfaction vis-à-vis du soutien comme une ressource psychologique, qui correspond à la perception qu'a un individu de la qualité de ses relations interpersonnelles. La satisfaction n'est pas liée au nombre de contacts sociaux mais au fait que, parmi ces relations, certaines soient suffisamment intimes pour permettre compréhension, empathie et confidences dans les moments difficiles (Hobfoll, 1985).

2.2.2. Les mesures du soutien social

A ce jour, il existe une panoplie d'outils censés évaluer le soutien social. Parmi ces outils, certains explorent le réseau social, d'autres le soutien social reçu et d'autres enfin le soutien social perçu. A titre indicatif nous allons présenter un outil qui mesure le réseau social, un outil qui évalue le soutien social reçu et quelques outils qui mesurent le soutien social perçu, concept qui est au cœur de notre étude.

L'Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) de Barrera (1981) évalue quatre types de soutien : émotionnel, instrumental, informatif et intégratif. Il comprend quarante items auxquels on peut répondre de 1 (presque jamais) à 5 (presque chaque jour), en se référant à l'aide reçue au cours du mois précédent.

Une mesure générale du soutien social perçu qui est la plus utilisée de nos jours est le Social Support Questionnaire de Sarason I.G., Levine, Basham et Sarason B.R. (1983). Il existe une version longue à vingt sept items et une version courte à six items (SSQ6). Ces deux échelles permettent d'évaluer la disponibilité du soutien social, c'est-à-dire de quelles personnes un individu s'attend-il à recevoir de l'aide dans diverses situations, et le degré de satisfaction associé à ce soutien (de 1 : très insatisfait, à 6 : très satisfait). Ces échelles

permettent donc d'obtenir un score pour la disponibilité du soutien et un score pour la satisfaction associée. Il existe une version française de ce questionnaire (Rasclé, Bruchon-Schweitzer et Sarason, 2005).

L'on peut également citer des mesures spécifiques du soutien social perçu, traduites et validées en français. Le "Family Relationship Index" (FRI) de Moos et Moos (2002) qui mesure le soutien social d'origine familiale. Echelle traduite, validée et adaptée en français dans ses versions à vingt sept et douze items (Untas, Rasclé, Cosnefroy, Borteyrou, Saada et Koleček, 2011). Ce questionnaire explore trois aspects du soutien familial : l'expression des affects, la cohésion et les conflits.

Un autre questionnaire a retenu notre attention : le Questionnaire du Soutien Social Perçu (QSSP) de Bruchon-Schweitzer (2002). Il permet d'évaluer quatre types de soutien social : Le soutien d'estime (redonner confiance), le soutien matériel ou financier, le soutien informatif (conseils, suggestions) et le soutien émotionnel (écoute, réconfort). Il s'agit d'un questionnaire à quatre items. Pour chaque type de soutien il y a deux mesures : la disponibilité en nombre de personnes l'ayant dispensé et la satisfaction perçue de ce soutien sur une échelle de Likert à 5 points. Ce dernier questionnaire a été très utilisé pour mesurer le soutien social perçu au sein de diverses populations de patients atteints de cancer et en apprécier son rôle dans l'ajustement émotionnel et la qualité de vie de ces derniers.

2.2.3. Soutien social et santé physique et psychique

Avant d'entrer au cœur de notre interrogation, nous allons présenter un bref état des lieux concernant l'impact du soutien social sur la santé de manière générale. De nombreuses études ont interrogé le rôle du soutien social sur la manière dont les patients font face à leur maladie.

Pour certains auteurs, le soutien social est considéré comme une variable tampon, produisant un effet protecteur contre les effets du stress, et prévenant ainsi le développement

de troubles émotionnels et/ou somatiques (Cutrona et Russell, 1990 ; Cohen et Wills, 1985 ; Cobb, 1976) ; pour d'autres, il est considéré comme une variable plus fondamentale à l'adaptation, ayant un effet direct sur la santé et le bien-être, et ce indépendamment des conditions de stress (Thoits, 1983 ; Cassel, 1976).

Soutien social et santé mentale

Des liens importants ont été trouvés entre le soutien social et la dépression, un faible niveau de soutien social étant associé à un risque accru de développer un épisode dépressif (Wade et Kendler, 2000). Une étude prospective a été menée en Hollande (Nasser et Overholser, 2005) auprès de 7.076 adultes âgés de 18 à 64 ans issus de la population générale, parmi lesquels 250 sujets étaient suivis pour un épisode dépressif majeur. Les auteurs ont conclu que le soutien social perçu provenant de la famille et des amis contribue à prédire la rémission d'un syndrome dépressif majeur.

En ce qui concerne les liens entre le soutien social et l'anxiété, deux méta-analyses révèlent que parmi un ensemble de facteurs, le manque de soutien de la part des proches ressort comme l'un des trois facteurs de risque les plus importants de développer un trouble du stress post-traumatique (Brewin, Andrews et Valentine, 2000 ; Ozer, Best, Lipsey et Weiss, 2003).

Soutien social et santé physique

Des liens ont été trouvés entre le soutien social et la mortalité, un faible niveau de soutien social étant corrélé positivement à une mortalité plus importante (Engedal, 1996). Penninx, van Tilburg, Kriegsman, Deeg, Boeke et van Eijk, (1997) rapportent le même résultat dans une étude longitudinale auprès de 2.829 sujets âgés de 55 à 85 ans. Les sujets avec un score élevé ou modéré de soutien social avaient moins de risques de mortalité quand ils étaient comparés aux sujets avec un niveau de soutien social faible. Une autre étude

prospective espagnole, menée auprès de 371 sujets âgés, mentionne qu'un faible niveau de soutien social est significativement corrélé à un nombre élevé d'hospitalisations (Rodriguez-Artalejo, Guallar-Castilon, Herrera, Otero, Chiva, Ochoa, Banegas et Pascual, 2006). Dans une recherche internationale très récente auprès de 1.692 patients atteints de diabète de type 2, les auteurs concluent qu'un soutien social perçu comme satisfaisant prédit une meilleure santé ainsi que des comportements plus sains (Koetsenruijter, Lieshout, Lionis, Portillo, Vassilev, Todorova, Foss, Serrano, Ruud, Knutsen, Angelaki, Mujika, Roukova, Kennedy, Rogers, Wensing, 2015).

A retenir : Le soutien social joue un rôle protecteur important, tant au niveau de la santé physique que psychique.

Qu'en est-il des travaux menés sur ce concept en psycho-oncologie ?

2.2.4. Soutien social et cancer

Le soutien social a fait l'objet de nombre d'études chez les patients atteints de cancer et ce, à différents stades de leur maladie.

Friedman, Kalidas, Elledge, Chang, Romero, Husain, Dulay et Liscum, (2006) ont constaté, chez 81 femmes ayant un cancer du sein, qu'un soutien social élevé réduisait significativement le niveau de stress de ces sujets et leur permettait de faire face plus efficacement aux exigences de la maladie. Irvine, Brown, Crooks, Roberts et Browne (1991) constatent de leur côté que les patients qui confient leurs peurs et leurs préoccupations à leur conjoint ou à des amis proches vont mieux émotionnellement.

Face à l'annonce d'un diagnostic de cancer ou d'une récurrence de la maladie, les patients expriment de nombreux besoins affectifs et matériels. Hodgkinson, Butow, Hunt, Wyse, Hobbs et Wain (2007), ont constaté sur un échantillon de 154 survivants d'un cancer et

leurs conjoints, que lorsque les besoins de soutien étaient insatisfaits, les niveaux de détresse étaient plus élevés, tant chez les patients que chez leurs conjoints.

Shelby, Crespin, Wells-Di Gregorio, Lamdan, Siegel et Taylor (2008), ont trouvé, chez un groupe de 77 patientes traitées pour un cancer du sein non métastatique, que le fait d'avoir un niveau élevé de soutien social permettait un meilleur ajustement à la maladie, même lorsque les sujets rapportaient un niveau faible d'optimisme. En revanche, chez les patients avec un niveau fort d'optimisme le soutien social ne semblait pas apporter de bénéfice supplémentaire. Cayrou et Dickes (2008) ont aussi insisté sur le fait que la présence d'un soutien affectif et moral important de la part de la famille et des amis, ainsi que le sentiment d'avoir reçu une information satisfaisante au cours du traitement de la part de l'équipe soignante, favorise la diminution de la détresse psychologique. De la même manière, Grassi, Malacarne, Maestri et Ramellia (1997) rapportent, dans une étude portant sur 113 sujets traités pour divers cancers, qu'un soutien social pauvre figure parmi les prédicteurs les plus importants d'une symptomatologie dépressive ultérieure.

Arora, Finney, Rutten, Gustafson, Moser et Hawkins (2007) ont trouvé que les patients atteints de cancer disaient recevoir au moment du diagnostic un soutien informatif satisfaisant de la part de soignants (84%) ; le soutien émotionnel émane de leur famille (85%), de leurs amis (84%) et des soignants (67%) ; enfin un soutien pour les aider à prendre des décisions de la part des soignants (75%) et de leur famille (71%). Le soutien émotionnel au moment du diagnostic ainsi que le soutien émotionnel et informatif 5 mois après le diagnostic étaient selon ces auteurs liés positivement à une bonne qualité de vie.

A retenir: Le soutien social est associé à un meilleur ajustement à la maladie cancéreuse, avec une diminution de l'anxiété, de la dépression et du stress. Le soutien social perçu est aussi lié à une meilleure qualité de vie. Mais qu'en est-il plus précisément du rôle du soutien social dans le cadre d'un cancer hématologique ou d'une greffe de moelle osseuse ?

2.2.5. Soutien social et cancer hématologique

Peu de recherches sont mentionnées dans la littérature, portant sur les liens entre soutien social, ajustement émotionnel et qualité de vie chez les patients atteints d'un cancer hématologique. Cavusoglu et Saglam (2015) ont trouvé que chez les adolescents atteints de leucémie (N=70) un soutien social perçu comme élevé diminuait la détresse psychologique de ces patients. De la même manière, Hochhausen, Altmaier, McQuellon, Davies, Papadopoulos, Carter et Henslee-Downey (2007) ont constaté, dans une étude randomisée portant sur 87 patients évalués un an après une allogreffe de moelle osseuse, que le soutien social figure parmi les prédicteurs les plus significatifs du bien-être physique et émotionnel de ces sujets.

A retenir : Dans le cadre d'un cancer hématologique le soutien social exerce aussi un effet hautement protecteur et prédit un bon ajustement émotionnel et une qualité de vie satisfaisante.

Synthèse Générale du Chapitre

Au sein de ce chapitre nous avons exploré le rôle de différents déterminants psychologiques de l'ajustement émotionnel de patients en cancérologie et en onco-hématologie. L'alexithymie agit comme un facteur essentiel de cet ajustement. La prévalence de l'alexithymie est plus importante chez ces sujets que dans la population générale et les patients les plus alexithymiques sont également les plus anxieux et les plus dépressifs ; ils rapportent par ailleurs une qualité de vie altérée. En revanche, l'optimisme semble jouer un rôle protecteur aussi bien en termes de qualité de vie que d'anxiété et de dépression. Concernant le rôle de certains processus de personnalité ou médiateurs, les stratégies de coping centrées sur le problème induisent un meilleur ajustement émotionnel et une meilleure qualité de vie que celles centrées sur l'émotion, l'esprit combatif étant sans doute une des stratégies les plus efficaces pour faire face au cancer et aux traitements. Enfin le soutien social joue aussi un rôle

protecteur, favorisant cet ajustement. Toutes ces dimensions ont été largement étudiées par les chercheurs ces dernières années.

Les études rapportées concluent sur la nécessité d'un accompagnement psychologique des sujets tout au long de leur parcours de maladie. Dans le premier chapitre, nous avons déjà évoqué la nécessité d'une prise en charge globale de cette population, aussi bien médicale que psychologique, sociale ou encore corporelle. Dans le chapitre suivant, nous allons développer plus en détails quelles sont les diverses modalités de cette prise en charge globale en cancérologie, en nous centrant plus spécifiquement sur une prise en charge psychothérapeutique particulière dans laquelle le corps et ses sensations sont mis en exergue : la relaxation.

CHAPITRE IV : PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Le cœur de ce chapitre se situe autour de la prise en charge psychologique des patients atteints de cancer. Dans un premier temps nous soulignons la nécessité croissante de proposer une prise en charge psychologique de ces patients, puis nous présentons les caractéristiques spécifiques de la relaxation psychothérapique.

1. Le plan Cancer et les soins de support

L'importance d'inclure dans la prise en charge médicale la prise en charge psychosociale est connue depuis des nombreuses années. Cependant, les Plans Cancer 2003-2007 et 2009-2013 sont venus renforcer la nécessité de cette prise en charge globale avec des mesures spécifiques telles que l'organisation de "soins de support" et la mise en place du dispositif d'annonce (Plan Cancer, INCa).

Les "soins de support" sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. Ils se font en association avec les traitements spécifiques contre le cancer éventuellement mis en place (Institut National de Cancer). Les soins de support répondent à des besoins qui peuvent survenir tout au long du parcours de maladie, de l'annonce du diagnostic jusque dans l'après traitement et parfois même longtemps après la rémission. Ils concernent principalement la prise en charge de la douleur, la fatigue, les besoins nutritionnels, les troubles digestifs, les handicaps, mais aussi et en grande partie l'accompagnement social de la personne malade, la prise en charge de la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle ainsi que l'accompagnement de fin de vie. Les soins de support proposent donc une approche globale de la personne et visent à assurer la meilleure qualité de vie possible pour les personnes malades, sur les plans physique, psychologique et social. Ils prennent en compte la diversité des besoins des malades ainsi que ceux de leur entourage et ce, quels que soient les lieux de soins. Ces soins sont

assurés par un ensemble de professionnels : socio-esthéticienne, kinésithérapeute, professeur d'activité physique adaptée, diététicien, algologue, assistant social, psychologue.

Dans ce sous-chapitre nous considérerons tout d'abord l'impact psychologique que peut avoir l'annonce d'une maladie cancéreuse, puis nous présenterons en quelques lignes les différentes méthodes d'accompagnement et de prise en charge psychologique de patients atteints d'un cancer. Enfin, nous terminerons par la présentation de la relaxation psychothérapique, une méthode de prise en charge de la souffrance psychique qui inclut à la fois le suivi psychologique du patient et l'utilisation d'une approche corporelle.

2. L'annonce de la maladie

Notre expérience clinique nous a fait remarquer que les patients perçoivent l'annonce d'une maladie du sang comme très brutale du fait qu'elle survient généralement dans un contexte d'altération de l'état général, et/ou dans un contexte de fatigue importante et persistante. Souvent, la veille de l'annonce de la maladie, la majorité des patients a une activité professionnelle quasi normale. Le diagnostic intervient habituellement à la suite d'un ensemble d'examens longs et éprouvants, de douleurs intenses et de souffrances multiples et répétées. Malgré toutes les précautions employées et les procédures souvent appliquées de nos jours, pour une annonce à la personne la plus adaptée (cf Dispositif d'Annonce du plan INCa, 2004) la découverte du diagnostic induit toujours un choc émotionnel important chez le patient. Elle signifie tout d'abord l'entrée dans un processus thérapeutique avec un début précis, mais un avenir proche insécure et sombre. Cette annonce fait basculer le sujet, de façon très brutale et avec une grande violence, du statut de bien portant à celui de malade grave, nécessairement confronté à l'échéance de thérapeutiques intensives et lourdes. L'annonce d'une maladie grave propulse ce dernier vers un ailleurs (Acher et Jouet, 2004), une hospitalisation en urgence dans un milieu inconnu, vécu comme hostile, entouré de personnes en blouse blanche ; des personnes chauves, de couleur pâle, qui se promènent dans

le couloir avec leur pied à perfusion, connectées à un fil, qui pourrait éventuellement les amener à nouveau vers la vie, qui ne tient qu'à un fil.

Cette annonce va mettre à mal le corps du patient dans toutes ses dimensions : d'une part, le corps que l'on a, le corps organique, qu'il s'agisse d'un corps objectivé, standardisé et médiat ; d'autre part, le corps que l'on est, le corps propre, le corps vécu par le sujet, le corps siège d'une expérience intime, d'une histoire personnelle et familiale, le corps subjectif, personnel et immédiat.

Le mot "maladie" renvoie étymologiquement à "*male habitus*" : se trouver dans un mauvais état ; mais "*male habitus*", peut aussi s'entendre comme : être mal dans l'habitat, c'est-à-dire être mal dans l'habitation de son propre corps.

Le sujet face à cette situation va vivre de multiples souffrances. Tout d'abord, les douleurs physiques sont très importantes, parfois insupportables. Les examens sont multiples, souvent vécus comme des intrusions. Les traitements sont extrêmement lourds, entraînant très rapidement les patients vers une déchéance physique importante avec amaigrissement, perte de cheveux et fatigue.

La souffrance psychoaffective est très importante également. Les patients expriment très souvent leur peur de souffrir physiquement, leur anxiété face à cette situation inconnue, leur peur d'être dépendants et de perdre leur autonomie (Ruszniewski, 1999). Ils parlent très souvent aussi de leur angoisse de se retrouver seuls, abandonnés par leurs proches, isolés socialement. Ils nous font part de leur sentiment d'impuissance face à cette situation vécue comme non maîtrisable et l'on observe aussi une réactivation de souffrances antérieures, des deuils non résolus qui reviennent en surface.

Des souffrances socio-familiales sont respectivement exprimées avec la perte du rôle de la mère ou du père, liée au fait d'être absent(e) du foyer familial pendant de nombreuses semaines. Les patients parlent souvent de la perte de leur statut professionnel et social, due aux arrêts répétés de maladie, ainsi que de leurs soucis financiers.

On observe aussi des souffrances existentielles avec des questionnements et des interrogations persistantes. Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? Qu'est ce que je vais devenir ? Sentiment de culpabilité ainsi que sentiment d'injustice sont souvent présents. Le sujet va chercher une raison à sa maladie, va essayer de donner un sens, une cause, afin de se sentir en sécurité et de se donner l'illusion de maîtriser le malheur qui lui est arrivé.

Face à cette situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, de mal être, le sujet va mettre en place des mécanismes psychiques, déjà existants, qui visent à le préserver d'une réalité vécue comme trop douloureuse. Ces stratégies d'ajustement plus ou moins conscientes qui vont la plupart du temps l'amener à un cheminement progressif et constructif face à la maladie.

3. Le suivi psychologique

Face à ce séisme émotionnel consécutif à l'annonce de la maladie, le patient peut avoir besoin d'un soutien psychologique. Le rôle du psychologue est d'aider le patient à cheminer et à s'adapter à une nouvelle situation et à un nouveau quotidien, tout en gardant son identité ; de l'accompagner à rester sujet avant tout et pas simplement malade ; de l'aider à s'approprier cette nouvelle image et à se mettre en lien avec ce corps malade. Et cela dans un climat de confiance et d'empathie, dans une relation authentique et bienveillante, sans jugement où le patient va pouvoir se sentir à l'aise, écouté, considéré dans sa globalité. Dans ce cadre, l'accompagnement psychologique n'est pas une thérapie à proprement parler, mais plutôt une écoute et une aide pour traverser l'épreuve de la maladie et de la souffrance.

L'accompagnement psychologique ne s'arrête pas au moment du diagnostic mais continue tout au long du traitement, jalonné de hauts et de bas : angoisse des résultats des examens, peur de la douleur, peur de l'échec, peur de la récurrence.

Selon Hewitt et Rowland (2002), le diagnostic de cancer avec la déchéance physique, la douleur et la mise en place du traitement invasif associé à de nombreux effets secondaires

augmentent le besoin de mettre en place un accompagnement psychologique. Pour ces auteurs, les patients ayant vécu un cancer avaient plus besoin de faire appel à un professionnel de la santé mentale que la population générale.

Hall, Sanson-Fisher, Lynagh, Tzelepis et D'Este (2015) ont cherché à identifier les domaines dans lesquels les patients atteints de cancers hématologiques avaient le plus besoin d'accompagnement (sources d'insatisfaction lorsqu'ils n'étaient pas comblés). Ces chercheurs ont mis en évidence 10 besoins non satisfaits : 7 des ces besoins concernaient le domaine de la santé émotionnelle, deux le domaine des relations et un celui des préoccupations financières. Cette étude met en évidence les besoins forts de demande d'accompagnement et de prise en charge psychologique chez ces patients.

Il existe un panel extrêmement diversifié dans les modalités de soutien psychologique des sujets qui ont un cancer, des interventions cognitivo-comportementales jusqu'aux prises en charges d'orientation psychanalytique. Mais de notre point de vue, ce qui est important est de s'adapter au maximum aux besoins du patient et à son rythme.

La relaxation à visée de détente, l'hypnose et la sophrologie sont de plus en plus utilisées dans la prise en charge de patients cancéreux et ont pour objectif de diminuer le stress lié à la maladie, d'apporter un bien-être aussi bien physique que psychique et de diminuer la douleur.

4. La relaxation Psychothérapique

4.1. Définition et méthodes

La relaxation psychothérapique est un ensemble de techniques thérapeutiques visant l'obtention d'une détente musculaire et psychique. Il s'agit d'une psychothérapie à médiation corporelle avec l'objectif de traiter une souffrance psychique dont l'expression peut être somatique, en favorisant le processus de changement.

La relaxation psychothérapique est représentée par un ensemble de techniques qui ont toutes en commun la concentration mentale sur le tonus musculaire visant son relâchement, ainsi que la concentration mentale sur les sensations. La prise en compte de la relation relaxateur-relaxant, avec sa dynamique spécifique et les interventions du thérapeute par le mouvement, le toucher, la parole et la voix sont au cœur de cette technique. Les objectifs de cette prise en charge sont tout d'abord de favoriser une détente musculaire et psychique, avec un but plus approfondi d'épanouissement personnel du sujet et de modification profonde de sa vie affective et émotionnelle. La mobilisation de l'imaginaire, le travail d'association somato-psychique et la verbalisation du ressenti corporel et des mouvements psychiques associés font partie intégrante de cette prise en charge.

Il convient de préciser que la relaxation psychothérapique doit se distinguer des techniques de cures de repos, de détente, de massage, de gymnastique. Le relâchement musculaire dans le cadre d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique n'est qu'un moyen préliminaire pour aborder la personnalité dans sa globalité.

Il existe plusieurs méthodes de relaxation psychothérapique. Nous avons fait le choix de présenter tout d'abord en quelques lignes la méthode de Schultz, appelée "Le training autogène", puis de manière plus détaillée la méthode de Michel Sapir dénommée : "La relaxation à inductions variables" puisque c'est cette technique qui sera mise à l'épreuve dans notre étude. A titre indicatif, il existe d'autres méthodes de relaxation comme "Le training autogène progressif" d'Yves Ranty (1990), "La méthode Ajuriaguerra " (Ajuriaguerra, 1960) ainsi que de méthodes plus spécifiques aux enfants et aux adolescents comme "La méthode Wintrebert", la méthode de mouvements passifs, (Wintrebert, 1986) et "La méthode Berges" (Bergès et Bounes, 1979).

4.2. Le training autogène de Schultz

La méthode "mère" de la relaxation psychothérapique est "le Training Autogène de Schultz" développée vers les années 1908-1912. Le principe de cette méthode est selon Schultz (1956) : « d'induire par des exercices physiologiques et rationnels déterminés, une déconnexion générale de l'organisme qui, par analogie avec les anciens travaux sur l'hypnose, permet toutes les réalisations propres aux états authentiquement suggestifs ». Schultz (1956) précise aussi que « la méthode se caractérise essentiellement par l'apprentissage technique, réalisé par le patient lui-même, d'une maîtrise de toute une série de fonctions en elles-mêmes autonomes ».

Cette méthode se déroule en deux cycles, le cycle inférieur et le cycle supérieur. Le cycle inférieur est composé de six exercices, la décontraction concentrative s'exerçant successivement dans les six domaines suivants (les muscles, le système vasculaire, le cœur, la respiration, les organes abdominaux, la tête) avec deux éléments fondamentaux que sont la pesanteur et la chaleur. Le thérapeute va demander au patient un travail de concentration mentale passive sans efforts sur de formulations qu'il lui suggère, en commençant chaque séance par la formule « Je suis tout à fait calme ». Ensuite, les formules feront intervenir la pesanteur, la chaleur, le rythme cardiaque, le rythme respiratoire, la chaleur du plexus solaire et enfin la fraîcheur du front. Le cycle supérieur n'est réalisable que par des sujets ayant acquis une maîtrise importante du cycle inférieur, en général au bout de deux ans de suivi. Le cycle supérieur est composé d'exercices autour des thèmes suivants : couleur propre et couleur déterminée par le thérapeute, justice, bonheur, sentiment propre, personne déterminée⁹.

⁹ Par exemple, le thérapeute va inviter le patient à choisir une couleur et penser pendant quelques instants à ce que cette couleur lui évoque (couleur propre) ; il va l'inviter à penser à une couleur que le thérapeute va lui indiquer et penser à ce que cette couleur évoque en elle (couleur déterminée). Le thérapeute va demander au patient de penser au bonheur, à la justice, à ses sentiments, à une personne et d'élaborer autour de ce que ces idées ou personnes évoquent en elle.

4.3. La relaxation à inductions variables

L'origine de la méthode

En 1954, Michel Sapir et ses collaborateurs rencontrent, au sein de la section psychosomatique du service d'Urologie de l'Hôpital Rothschild, un jeune interne nommé Félix Labhardt qui leur parle du Training Autogène de Schultz. Très vite, ils commencent à s'intéresser à cette méthode innovante et la pratiquent avec certains de leurs patients.

Dans la méthode de Schultz, Michel Sapir et ses collaborateurs trouvent des éléments comme la maîtrise, l'apprentissage, la suggestion, la codification extrême, qu'ils ont du mal à opérationnaliser et qui constituent très vite des limites. L'équipe de Michel Sapir évolue donc dans un premier temps vers ce qu'elle nomme "le training autogène psycho-logisé", où la séquence schultzienne (pesanteur, chaleur, rythme cardiaque, rythme respiratoire, plexus solaire chaud, front frais) est conservée, mais avec de formules plus longues, moins codifiées. Ces formules vont laisser une place plus importante à l'imagination et la créativité du relaxateur mais surtout à un temps de parole laissé au patient, au cours duquel celui-ci peut s'exprimer, partager son vécu

En 1960, paraît en France le livre de Michael Balint intitulé « Le médecin, son malade et la maladie », dans lequel l'auteur met l'accent sur les enjeux et la complexité de la relation entre le médecin et son patient. Sa conception de la prise en charge du patient par le médecin va *rencontrer* le parcours analytique de Michel Sapir et de ses collaborateurs. C'est de cette convergence qu'émergera pour la première fois une nouvelle technique qui sera ultérieurement appelée : "la relaxation à inductions variables". Cette méthode est qualifiée de "découvrante" par opposition aux méthodes dites "ouvrantes" qui visent seulement l'apaisement des tensions. En effet, contrairement à ces dernières, la relaxation à inductions variables vise la mise au jour des conflits psychiques et de la dimension inconsciente du sujet. Elle va s'articuler autour du corps-psychisme, avec une mise en jeu du corps dans un cadre

analytique, l'analyste intervenant directement sur le corps du patient par un contact physique, afin de permettre la mise en mots de son vécu.

La méthode

De la méthode initiale de Schultz, la Relaxation à induction variable va conserver l'ossature générale c'est-à-dire les paroles prononcées par le thérapeute, le toucher du corps du patient et les temps de silence. Mais les modalités et l'état d'esprit en sont tout autres. A la différence des formules du training autogène qui sont des consignes brèves, stéréotypées, répétitives, hypnogènes, codifiées et dont la séquence est toujours la même, les inductions verbales sont toujours différentes, dans leur contenu et dans leur forme. Si elles conservent certains des éléments du training autogène, tels que le poids du corps, la sensation de chaleur, les rythmes cardiaque et respiratoire, elles peuvent inclure aussi des thèmes tels que la peau (comme limite, comme contenant, comme lieu d'échange entre le dedans et le dehors), la surface ou le volume occupé par le corps sur le divan ou dans l'espace de la pièce, les perceptions venant de l'intérieur du corps ou au contraire du dehors. Les inductions formulées par le thérapeute varient également : longues ou brèves, très concrètes ou au contraire imagées, métaphoriques. Michel Sapir insiste dans son ouvrage "La pensée sauvage" (1993) sur le fait que cette créativité n'est pas sans limites : "le discours de l'induction doit se rapporter toujours au corps, qu'il s'agisse du corps entier ou partiel, de sa surface et de son dedans, d'un corps immobile ou en mouvement, en situation, à condition de ne jamais déformer la vérité anatomo-physiologique. Ce qui ne veut pas dire que ce discours n'ait pas un sens symbolique ou qu'il évite de fantasmer sur le corps. Bien au contraire".

L'induction variable, entre parole, silence et toucher

Dans la relaxation à inductions variables, rien n'est programmé à l'avance : l'induction, tant dans sa forme que dans son contenu, n'est pas codifiée. Tout se passe dans

l'interaction entre le relaxant et le thérapeute. C'est le relaxant qui induit chez le thérapeute la façon dont ce dernier va intervenir : dire, paroles, silence, façon de toucher ou s'abstenir de le faire. C'est le lien avec l'ici et le maintenant, mais aussi avec l'histoire de la cure et l'histoire personnelle du sujet (Dreyfus, 2005).

L'induction est dite "variable" : elle peut contenir à la fois parole, toucher, silence, ou l'un ou l'autre, dans des proportions variables, dans un ordre différent. La reprise peut être formulée ou laissée à l'initiative du patient. Toucher et parole peuvent avoir de nombreuses tonalités. La parole peut être enveloppante, ou au contraire précise, succincte, voire sèche. L'induction verbale peut être formulée à la première personne, ou au contraire à la deuxième, ou à la troisième jouant ainsi sur la distance. L'induction verbale est diverse et variée. Elle peut évoquer la peau comme limite, comme enveloppe, comme lieu d'échange entre l'intérieur et l'extérieur, le corps dans sa globalité avec ses surfaces, ses contours, ses formes, sa densité, la place ou le volume qu'il occupe sur le matelas ou dans l'espace de la pièce. Elle peut évoquer l'appropriation du temps et du lieu de la séance, la respiration comme rythme mais aussi comme lieu entre le dedans et le dehors. Ces inductions résultent de la relation transféro-contre-transférentielle. La voix introduit ses propres modulations de rythme, d'intonation et de volume. C'est la liberté d'associations et de création du thérapeute qui permet la richesse des inductions.

Le toucher est aussi une induction. Il peut être léger ou appuyé, bref ou prolongé, enveloppant ou se faire presque effleurement, globalisant ou très limité, en accord avec l'induction verbale ou allant *a contrario*. Il peut être aussi "porteur", mains glissées sous les dos et les jambes. Tout ceci entraîne, pour le patient qui s'y prête, une ouverture à la sensation, à l'imprévu, à la surprise, à la création. La non intervention, le silence peut devenir peu à peu création, ouverture à la représentation. Le silence est aussi donc une induction.

L'implication très importante du thérapeute, à travers à la fois l'élaboration de ses inductions et la participation de son propre corps venant toucher celui du patient, rencontre

l'écho provoqué chez le patient par la résonance entre les paroles entendues, le toucher et sa propre histoire. Après un temps de silence au cours duquel le patient est invité à laisser venir sensations, images et pensées, vient pour lui le temps de parole, de mise en mots de ce vécu corporel, des souvenirs ou des émotions qui ont pu émerger. Il y a un aller-retour permanent entre ce que le psychothérapeute relaxateur perçoit du patient, ce qu'il lui en renvoie par ses inductions verbales et son toucher, la façon dont le patient les reçoit et ce qu'il en exprime, l'ensemble du processus se situant dans un champ transférentiel et contre-transférentiel. La position analytique du relaxateur soutient et contient la production de ses inductions verbales et non verbales. C'est elle qui permet de donner un sens à ce que le patient verbalise de son vécu (Dreyfus, 2005).

Les facteurs de changement

Yves Ranty (1990) a décrit les fonctions thérapeutiques de la relaxation psychothérapique et les facteurs qui peuvent amener au changement. Ces facteurs sont au nombre de trois : l'état autogène, le travail d'élaboration psychique et la verbalisation induite par la relaxation. Ranty (1990) a mis également l'accent sur la notion du couple thérapeutique, certes présent dans tout type de psychothérapie, mais avec cette notion particulière du corps à corps et du toucher qui caractérise, voire différencie, cette méthode thérapeutique.

L'état autogène

Pour Schultz, le changement réalisé par sa méthode de training autogène venait essentiellement d'un nouvel état de conscience qu'il a appelé, "état autogène". Cet état allait entraîner selon lui une auto-sédation et un amortissement de la résonance émotionnelle des affects. Selon lui, il s'agit d'un état somatopsychique très particulier qui s'accompagne d'une profonde détente psychosensorielle et de la survenue dans la plupart des cas d'une imagerie

mentale très riche et colorée. Toujours selon Schultz, sa méthode, par l'état autogène qu'elle induit, va permettre la création d'images exploitables par le travail d'élaboration psychique mais aussi une diminution progressive de la réceptivité aux stimuli. Cet état autogène sera favorisé par la "polarisation concentrative sur le corps" mais aussi par le calme, la parole suggestive, le silence et les conditions du rituel. Notions communes à toutes les méthodes de relaxation psychothérapique. A leur tour, la parole suggestive et le silence sont aussi des facteurs de changement. Le silence sera un moment d'introspection. La parole suggestive sera une musique, avec de mots porteurs de calme, de paix, de sécurité, du poids, de chaud, de bien-être, de plaisir, de se sentir bien dans son corps, de l'habiter. Cependant, il convient de souligner que la parole suggestive n'impose pas des sensations mais qu'elle apporte un climat de paix et qu'elle favorise la recherche de sensations agréables, ce qui est un des premiers objectifs de la relaxation. Elle est également une invitation à sentir, une proposition à sentir, un accompagnement de la sensation par la parole. L'état autogène, le silence et la parole suggestive par leurs fonctions vont préparer le patient au travail plus important de l'élaboration psychique.

Le travail d'élaboration psychique

Le travail d'élaboration viendra compléter le changement déjà apporté par l'état autogène. La notion du transfert y est très importante. Selon Ranty (1990), toutes les conditions sont réunies en relaxation pour l'installation du transfert : le rituel, la fréquence de séances, la rencontre duelle et les deux paramètres spécifiques à cette méthodologie, le toucher et le regard. Toucher et regard vont libérer des sensations et des affects liés à l'histoire du patient et prenant sens dans le transfert. Toucher signifie en effet porter la main sur, mais aussi émouvoir, ou dire ou atteindre. Le toucher est aussi la rencontre, la relation à l'autre. (Ranty, 1990). L'analyse de résistances est aussi primordiale. Transfert et résistances,

toucher et regard font partie intégrante de la relaxation psychothérapique et vont permettre la verbalisation et ce, à chaque séance, à chaque prise en charge.

Pour conclure, la méthode de Michel Sapir est une méthode à visée psychothérapique qui utilise la relaxation comme un médiateur. La pratique de cette méthode demande une formation spécifique. A notre connaissance il n'existe pas de nos jours de travaux ayant testé cette méthode auprès de patients cancéreux. Cependant, nous retrouvons dans la littérature quelques travaux ayant utilisé la méthode de Jacobson (1948), "La relaxation musculaire progressive", chez des patients atteints d'une maladie physique, chronique et/ou grave, ainsi que des recherches ayant utilisé la relaxation associée au yoga. Jacobson a créé une méthode dont le but est la réduction volontaire du tonus musculaire au repos. Pour Jacobson, la relaxation, ne consiste pas à apprendre à dormir ou à se reposer mais, bien au contraire, à apprendre à se conduire plus efficacement, à avoir une meilleure économie d'énergie pour un meilleur rendement.

5.4. Relaxation et cancer

Comme mentionné précédemment, nous n'avons pas trouvé d'études ayant utilisé la relaxation à inductions variables auprès de patients cancéreux ; nous avons donc élargi notre recherche à l'utilisation de la relaxation de manière générale auprès de cette population.

Une revue de la littérature a été publiée en 2001 par Luebbert, Dahme et Hasenbring portant sur l'efficacité de la relaxation sur la diminution des effets secondaires des traitements et l'amélioration de l'ajustement émotionnel de patients atteints de cancer sans traitement chirurgical. Ces auteurs ont comparé les résultats d'une prise en charge par la relaxation en fonction de l'intensité de l'intervention, du moment de la prise en charge (en même temps que le traitement médical ou indépendamment) ainsi que du type de traitement médical (chimiothérapie, radiothérapie, hyperthermie et greffe de moelle osseuse). Les auteurs ont conclu que la relaxation a un impact positif faible sur les effets secondaires de traitements en

termes de nausées et de douleur ainsi qu'un impact positif moyen au niveau de la réduction du pouls et de la tension artérielle. S'agissant de l'ajustement émotionnel, la relaxation a un impact positif significatif moyen sur la dépression et un impact significatif mais faible sur l'anxiété et l'hostilité. Par ailleurs, les interventions proposées indépendamment de la prise en charge médicale et celles ayant les durées d'intervention les plus longues semblent avoir un impact encore plus important au niveau de la diminution de l'anxiété. Enfin, la relaxation semble avoir le même impact favorable, indépendamment du type de prise en charge médical.

Cheung, Malassiotis et Chang (2003) ont exploré l'impact d'une prise en charge par relaxation musculaire progressive au cours des 10 premières semaines post-opératoires sur l'anxiété et la qualité de vie de patients stomisés pour cancer colorectal. Les résultats ont montré que l'utilisation de cette méthode s'accompagne d'une diminution significative de l'anxiété et d'une amélioration de la qualité de vie (plus spécifiquement dans les domaines de la santé physique et psychique, des préoccupations sociales et de l'environnement) chez les sujets ayant bénéficié de cette technique, comparés à ceux ayant eu un suivi traditionnel. Cependant, le groupe expérimental n'a rapporté une meilleure qualité de vie qu'au bout de 10 semaines d'intervention alors qu'il n'y avait pas de différence entre les deux groupes pendant la prise en charge. Enfin, la qualité perçue des relations sociales a diminué dans les deux groupes. Ces auteurs suggèrent que l'utilisation de cette méthode devrait être intégrée dans les soins à long terme des patients atteints de cancer colorectal, car elle peut améliorer leur santé psychologique et leur qualité de vie.

Isa, Moy, Abdul-Razack , Zainuddin et Zainal (2013) ont étudié l'impact de la relaxation musculaire progressive chez des patients ayant un cancer de la prostate. Ils constatent que l'utilisation de cette méthode de relaxation influe positivement sur la qualité de vie globale et la qualité de vie mentale des sujets. De leur côté, Kovacic, Zagoričnik et Kovacic (2013) ont rapporté, dans une étude menée après de 32 patientes atteintes d'un cancer

du sein qui éprouvaient un niveau élevé d'anxiété, que la relaxation associée à des séances de yoga diminue significativement leur état d'anxiété.

A retenir : l'utilisation de la relaxation chez les patients cancéreux peut induire une diminution des effets secondaires des traitements et un meilleur ajustement émotionnel en termes d'anxiété et de dépression. Il a été également observé un impact positif de la relaxation sur la qualité de vie, surtout globale, mais principalement à long terme. Ces études ont utilisé la méthode musculaire progressive de Jacobson. Est-ce que la relaxation psychothérapique telle que nous l'avons présentée en amont a sa place en onco-hématologie ? Peut-elle être utilisée comme prise en charge psychothérapique dans le cadre d'une greffe de moelle osseuse ? Et dans quel cadre ?

CHAPITRE V : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

Afin de conclure cette première partie relative à la revue de la littérature, nous allons maintenant exposer la problématique de notre étude, considérer quels en sont les objectifs principaux, puis présenter nos hypothèses théoriques ainsi que notre modèle d'analyse.

1. La problématique

Les patients hospitalisés dans un secteur stérile pour une allogreffe vivent une situation limite, tant sur le plan physique-biologique que psychologique. Isolés dans leur volume stérile, dépendants du personnel soignant, subissant de multiples intrusions corporelles, ils vivent à leur su ou leur insu, un moment régressif très important, au cours duquel les angoisses archaïques de la petite enfance font aisément surface : l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation, l'angoisse d'abandon. Pendant ce moment de crise, les patients ont besoin plus que jamais de soutien et d'écoute, de se sentir en sécurité, besoin de contacts humains chaleureux autres que les intrusions répétitives telles que les prises de sang et les examens ; besoin de liens affectifs forts et sécurisants à l'instar des premiers liens maternels. Leur isolement se situe aussi dans le fait que toutes les personnes qui leur rendent visite, tant l'équipe médicale que leur familles ou amis, sont obligés de porter la tenue dite "chirurgicale" : un pyjama bleu, une charlotte au niveau de la tête et un masque. L'identification de chaque personne qui entre dans leur chambre est donc encore plus compliquée et les enjeux identitaires peuvent surgir. Ces patients sont sur un fil, entre la vie et la mort depuis un long moment déjà, depuis l'annonce de la maladie et le début de la prise en charge. Toutefois, nous avons observé depuis les années que nous intervenons en tant que psychologue clinicienne auprès de ces patients que cette hospitalisation peut réactualiser les angoisses les plus archaïques : l'angoisse de séparation, l'angoisse de mort et les besoins psychoaffectifs de ces patients sont au premier plan.

Un grand nombre d'études a été consacré à l'impact psychologique de l'allogreffe à court et à long terme et ont été d'un grand intérêt pour l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ médical ou, en soins de support, afin d'accompagner au mieux ces patients tant sur le plan médical que psychologique. A notre connaissance et à ce jour, il n'existe pas d'études portant sur l'intérêt d'une prise en charge psychologique par la relaxation psychothérapique sur l'ajustement émotionnel, la QDV et l'image du corps de sujets hospitalisés en onco-hématologie pour une greffe de moelle osseuse. C'est ce que nous nous proposons d'explorer dans la présente étude.

Les objectifs principaux de cette étude sont :

1. de tester l'efficacité à court et à moyen terme d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique, la Méthode Sapir, sur l'ajustement émotionnel, la QDV et l'image du corps de patients atteints d'un cancer hématologique, hospitalisés pour une allogreffe de moelle osseuse, et ceci pendant le moment de crise, c'est-à-dire durant leur hospitalisation en secteur stérile ;
2. de savoir si certaines variables dispositionnelles (l'alexithymie et l'optimisme) et transactionnelles (le coping et le soutien social perçu) peuvent influencer l'impact de cette prise en charge.

2. Les Hypothèses théoriques et Modèle d'analyse

Hypothèse 1

La prise en charge par relaxation psychothérapique a un impact plus positif sur l'ajustement émotionnel, la qualité de vie et l'image du corps que le suivi psychologique traditionnel, cela à court terme comme à moyen terme.

Hypothèse 2

L'effet de la prise en charge sur l'ajustement émotionnel, la qualité de vie et l'image du corps est modéré par le niveau d'alexithymie et d'optimisme du patient (variables dispositionnelles).

La figure 1 montre le modèle d'analyse pour les Hypothèses 1 et 2.

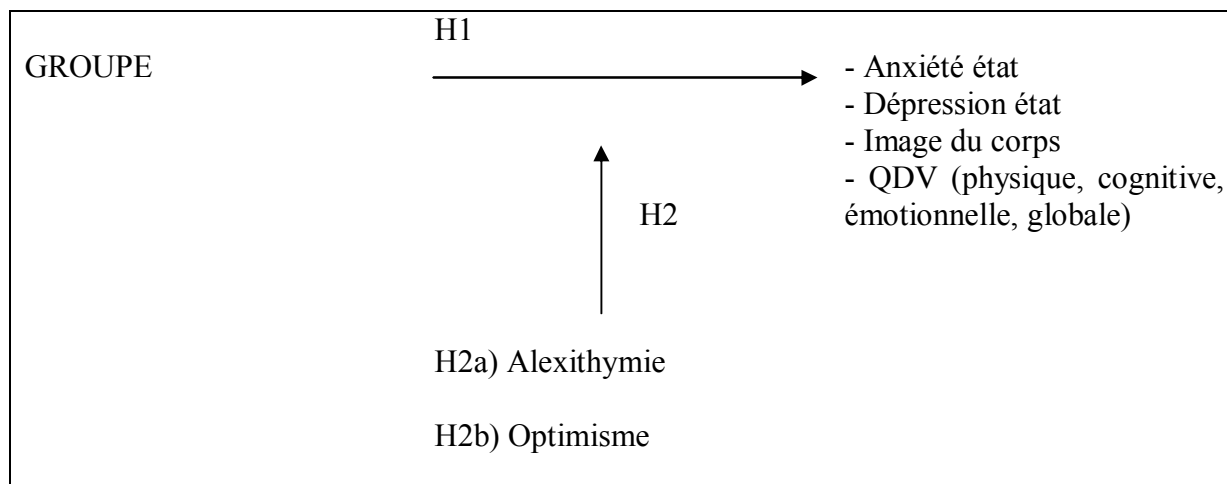


Figure 1 : Modèle d'analyse pour les Hypothèses 1 et 2.

Hypothèse 3

L'effet de la prise en charge sur l'ajustement émotionnel, la qualité de vie et l'image du corps est médiatisé par les stratégies de coping du patient et la perception de son soutien social (variables transactionnelles).

La figure 2 montre le modèle d'analyse pour l'Hypothèse 3.

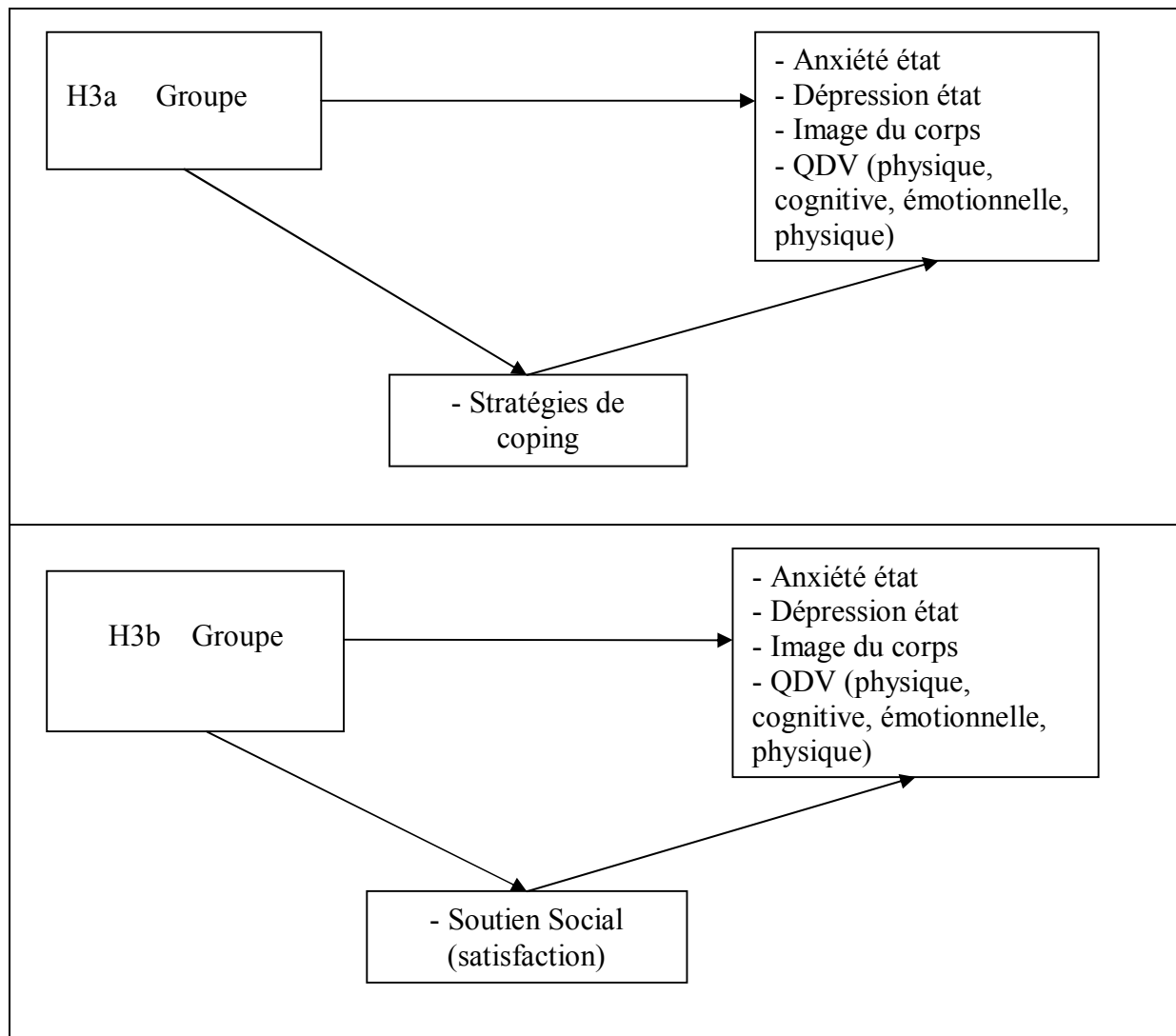


Figure 2 : Modèle d'analyse pour l'Hypothèse 3.

PARTIE II : RECHERCHE EMPIRIQUE

Cette deuxième partie est divisée en quatre grands chapitres. Le premier est consacré à la présentation de la procédure de l'étude ainsi que de l'échantillon étudié. Le second traite de l'opérationnalisation des variables et présente les hypothèses opérationnelles et les traitements statistiques associés. Les résultats de l'étude sont présentés au chapitre trois. Enfin, le dernier chapitre, relatif à la discussion des résultats, conclut cette partie.

CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ECHANTILLON ET PROCEDURE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre nous présentons dans un premier temps le contexte dans lequel cette étude a été réalisée (spécificité du service hospitalier, population d'étude, critères d'inclusion, d'exclusion, d'arrêt, caractéristiques sociodémographiques et médicales de l'échantillon). Puis nous expliquons les modalités relatives à la procédure mise en place dans cette recherche.

1. Les critères d'inclusion, d'exclusion et d'arrêt

Critères d'inclusion

- Sujets devant bénéficier d'une 1^{ère} allogreffe de moelle osseuse conséquemment à un cancer hématologique, hospitalisés au sein du service d'Hématologie et de Thérapies Cellulaires, du Professeur Noël Milpied, du CHU de Bordeaux, au G6 (secteur stérile) de l'Hôpital Haut-Lévêque¹⁰.
- Sujets âgés de 18 à 65ans, en capacité de comprendre le français et de s'exprimer dans cette langue.

¹⁰ Hôpital du Haut Lévêque, CHU de Bordeaux, Avenue du Magellan, 33604 Pessac.
<http://www.chu-bordeaux.fr/LES-HOPITAUX-ET-SITES-DU-CHU/Groupe-hospitalier-Sud/H%F4pital-Haut-L%E9v%EAque/>

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion à l'étude sont les suivants :

- Antécédents psychiatriques (mentionnés dans le dossier médical)

Critères d'arrêt

Toute personne ayant arrêté sa participation à l'étude soit par choix personnel, soit par obligation médicale ou autre ; toute personne décédée avant la fin de l'étude ; ainsi que toute personne présentant une GVH de grade sévère qui a nécessité une nouvelle hospitalisation en secteur stérile ou au sein d'un autre service médical, la semaine qui a précédé la mise en place du protocole.

2. Procédure de la recherche

2.1 Les groupes de l'étude

Il s'agit d'une étude longitudinale, randomisée, contrôlée. Nous avons créé deux groupes de patients, un groupe expérimental (GE) et un groupe contrôle (GC). Le groupe expérimental est constitué de patients qui ont bénéficié d'une prise en charge psychologique pendant leur hospitalisation pour la réalisation de l'allogreffe de moelle osseuse, accompagnée d'un suivi par la relaxation psychothérapique, méthode Sapir, relaxation à induction variable. Le groupe contrôle est constitué de patients qui ont eu une prise en charge psychologique traditionnelle sans relaxation psychothérapique. La répartition des patients dans les deux groupes est faite de manière aléatoire par tirage au sort au moment du bilan pré-greffe, moment nécessaire et obligatoire pour chaque patient qui va bénéficier d'une allogreffe de moelle osseuse. L'infirmier coordinateur de greffe du service est chargé de répartir les patients de manière aléatoire dans chaque groupe. Une feuille est créée dans laquelle les patients sont inscrits en fonction de leur date de greffe, et l'infirmier coordinateur est amené à mettre un chiffre 1 ou 2 à côté de chaque nom. La signification de ce chiffre est

connue seulement par le responsable de l'étude. Tous les quinze jours l'infirmier coordinateur donne cette feuille au responsable et investigateur de l'étude. Les mesures de l'étude se feront en trois temps.

2.2. Les temps de l'étude

Le protocole de recherche s'est déroulé sur trois Temps. Le Temps 1 concerne la première rencontre avec le patient au sein du secteur stérile. Le patient entre en secteur stérile sept à dix jours avant la réalisation de son allogreffe, et ceci en fonction du traitement chimiothérapique qu'il doit recevoir pour préparer son corps à recevoir l'allogreffe. Le Temps 1 de notre étude se situe donc à quatre jours de l'allogreffe (J-4). L'allogreffe représente le Jour 0. Pendant ce Temps 1, nous avons demandé au patient de compléter une première fois l'ensemble des questionnaires de notre protocole. Une fois les questionnaires complétés nous avons procédé à la mise en place d'une prise en charge psychologique pour les deux groupes, ceci durant la totalité de leur hospitalisation en secteur stérile qui dure en moyenne entre quatre et huit semaines. Ce suivi s'effectue donc entre J0 (allogreffe) et J40 (40^{ème} jour post-greffe).

Le Temps 2 correspond à la deuxième évaluation qui a lieu quelques jours après la sortie des patients du secteur stérile, soit à J45 de leur allogreffe, pour l'ensemble de sujets, la sortie de l'hôpital pouvant varier d'un sujet à l'autre (J25 à J60 en moyenne). Cette évaluation concerne seulement les variables transactionnelles (stratégies de coping et soutien social) et les variables dépendantes ou issues à prédire (état anxio-dépressif, QDV et image du corps).

Pourquoi précisément positionner le deuxième temps d'évaluation à cette période (J45) ? Nos observations cliniques nous ont fait constater que la majorité des patients attendent avec une grande impatience leur sortie de l'hôpital ; leur sentiment est qu'après leur sortie du secteur stérile, le plus difficile a été accompli. Ceci génère chez la majorité des patients un changement considérable au niveau de leur état psychologique, ces derniers

anticipant de façon très positive et optimiste la suite de leur parcours de maladie. Il était donc indispensable d'inclure ce temps dans notre étude.

Le Temps 3 correspond à la troisième et dernière évaluation. De la même manière qu'à T2, seules les variables transactionnelles et les variables dépendantes ou issues à prédire sont mesurées à J100 (100^{ème} jour post-greffe). Le jour 100 est aussi un moment très important pour nos patients car il signifie la fin de la période aigüe du traitement. Un bilan complet est réalisé et les patients vont avoir les premiers résultats de leur traitement. Ce temps représente donc une étape clé dans leur prise en charge médicale.

Les Temps 2 et 3 s'effectuent à l'Hôpital du jour du service d'Hématologie qui se situe dans le même bâtiment que le secteur stérile. Les protocoles collectés à ces deux temps sont complétés par un entretien clinique avec les patients. A la figure 3 nous présentons la flèche chronologique de l'étude.

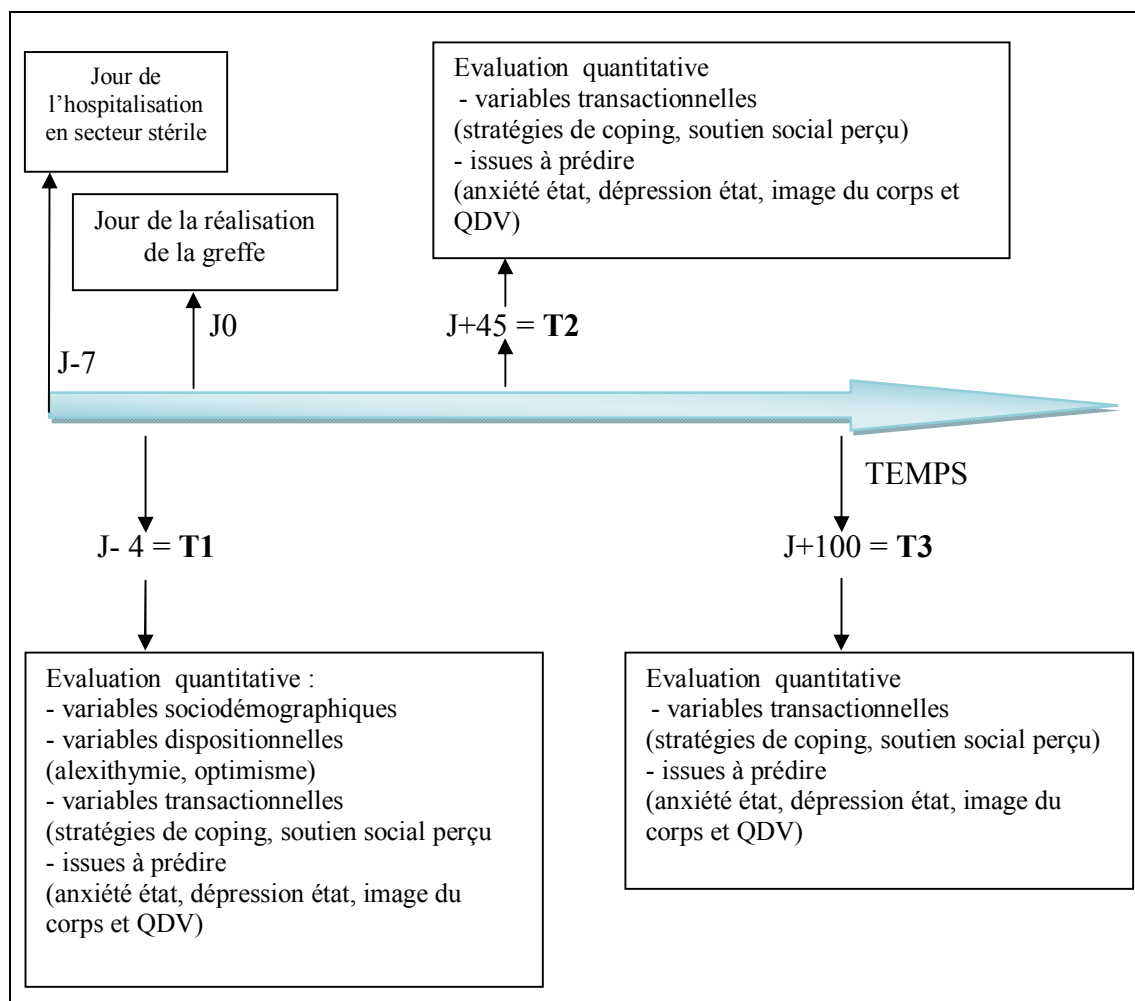


Figure 3 : Flèche chronologique de l'étude.

2.3. Considérations Ethiques

Un formulaire d'information et un consentement éclairé ont été donnés au patient avant son inclusion dans l'étude. Les documents servant à l'information et au consentement des participants sont distincts et présentés sur deux feuilles séparées (voir Annexe B.1 et B.2 p. 279-281). Ils respectent toutes les obligations légales : ils sont datés et le titre de l'étude est clairement mentionné ; ils sont réalisés sur papier avec en-tête les logos du laboratoire de l'université de Bordeaux et du CHU de Bordeaux, porteurs de cette étude ; le lieu et le service hospitalier où l'étude se déroule sont également clairement mentionnés de même que le nom de l'investigateur principal de l'étude ainsi que ses coordonnées. Ces deux documents sont laissés aux patients au moment du bilan pré-allogreffe.

2.4. La première rencontre du patient avec le responsable et investigateur de l'étude

La première rencontre avec l'investigateur a lieu au cours du deuxième jour d'hospitalisation du patient en secteur stérile. L'investigateur se présente au patient et explique les raisons de sa venue. Durant cette première rencontre l'investigateur formule oralement le but et le déroulement de cette étude. Dans le cas où le patient accepte d'y participer, l'investigateur l'informe du groupe dans lequel il est, récupère le formulaire de consentement signé et propose la mise en place de l'étude. Si le patient refuse de participer à l'étude, l'investigateur récupère aussi le formulaire de consentement signé. L'investigateur-psychologue ayant un double rôle au sein du service, clinicien et chercheur, explique la distinction entre ses deux rôles, leur complémentarité mais aussi leurs particularités respectives, dans le cas où le patient nécessite et/ou demande un accompagnement psychologique pendant son hospitalisation mais ne souhaite pas participer à cette étude.

2.5. La mise en place de la prise en charge

2.5.1. Le suivi Psychologique

Au sein du groupe contrôle, nous avons proposé un suivi psychologique traditionnel, à raison d'une rencontre/entretien hebdomadaire et ceci tout au long de l'hospitalisation en secteur stérile. Le temps de cette rencontre variait entre 20 et 60 minutes selon les besoins psychologiques du patient et son envie d'élaborer autour de son vécu et son état physique. Un entretien a été aussi proposé systématiquement la veille de la sortie de l'hôpital. Par la suite, le patient a été sollicité à deux reprises afin de compléter les questionnaires pour le Temps 2 et le Temps 3. Cette sollicitation a eu lieu à l'hôpital du jour, pendant leur suivi hebdomadaire par le médecin. Cette rencontre a été accompagnée par un entretien.

2.5.2. La prise en charge par la relaxation psychothérapique

Au sein du groupe expérimental nous avons proposé une prise en charge par la Relaxation Psychothérapique, Méthode Sapir. Nous avons évoqué l'origine et les caractéristiques de la méthode au Chapitre IV (sous-chapitre 5.3.), nous allons maintenant consacrer quelques lignes au déroulement de la prise en charge.

Tout d'abord, nous avons proposé aux patients deux rencontres hebdomadaires à trois jours d'intervalle. Pendant ces rencontres, nous avons consacré une première partie à la séance proprement dite. Le patient était invité à s'allonger, à fermer les yeux et à rester immobile si possible, puis à se laisser guider par nos inductions (les inductions sont de deux types : les paroles suggestives du thérapeute et le toucher d'une partie de son corps). A chaque séance, nous avons proposé une, deux ou trois inductions. Nous présentons ici quelques exemples :

- nous avons invité les patients à chercher le calme dans leur chambre, à garder une respiration lente et régulière, à laisser venir un souvenir, une pensée ou une image qui leur appartient et à se concentrer sur cette pensée/souvenir/image pendant quelques instants.

- nous les avons également invités à se laisser aller, à lâcher prise, à laisser venir les sensations de leur corps, à chercher une sensation de pesanteur au niveau d'une partie déterminée de leur corps ou dans l'ensemble de leur corps, à chercher une sensation de chaleur agréable au niveau d'une ou de plusieurs parties de leur corps, à se concentrer sur un va et vient respiratoire qui leur permette de prendre conscience de leurs limites corporelles.

Il convient de noter que dans cette méthode, les inductions diffèrent d'une séance à l'autre et ne sont pas programmées à l'avance, comme nous l'avons mentionné au chapitre IV.

Dans une deuxième partie de la séance, nous avons effectué un toucher au niveau d'une ou de plusieurs parties de leur corps. Rappelons ici que le toucher peut être léger ou appuyé, bref ou prolongé, enveloppant ou effleurant, porteur ou soutenant. Le toucher est aussi une induction.

Dans un troisième temps, nous avons invité les patients à commencer à bouger, à s'étirer et à ouvrir les yeux tout doucement. C'est après ce temps de séance que nous invitons alors les patients à élaborer autour du vécu de la séance mais aussi à nous parler de ce dont ils avaient envie, ce que l'on appelle : élaboration psychique.

2.6. L'échantillon de l'étude

L'étude s'est déroulée sur deux périodes : de janvier 2013 à juin 2013 et de septembre 2014 à mai 2015. A la figure 3 nous présentons le déroulement du recrutement de sujets.

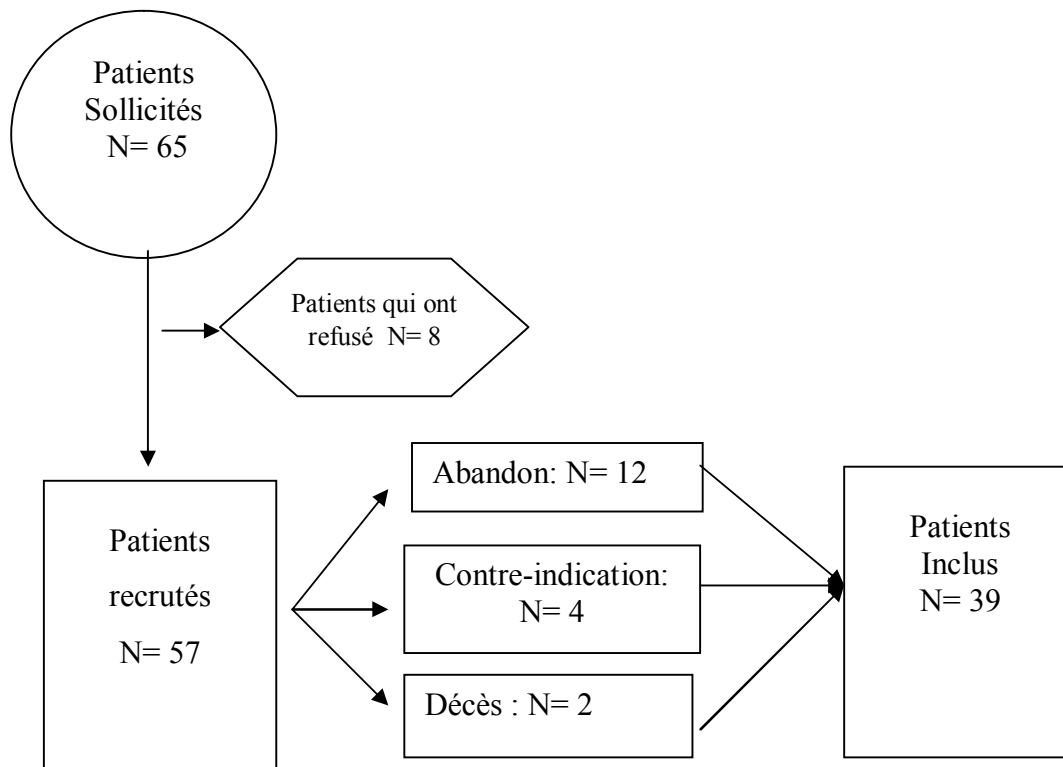


Figure 4 : Flow-chart du recrutement des patients de l'étude.

3. Caractéristiques de l'échantillon à T0

3.1. Données sociodémographiques

Notre échantillon est composé par 39 sujets. Les données sociodémographiques ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire complet (voir annexe A.1. p. 267). Parmi eux 74.4% (n= 29) sont des hommes et la moyenne d'âge est de 48,6 ans avec un minimum de 19 ans et un maximum de 65 ans. Presque deux tiers de patients sont mariés ou vivent maritalement. 74.4% sont en arrêt maladie de longue durée et 25.6% à la retraite. La répartition de patients en fonction de données sociodémographiques est présentée au Tableau 1.

Patients(39)	N (%)
Genre	
<i>Hommes</i>	29 (74.4)
<i>Femmes</i>	10 (25.6)
Age	Moyenne : 48,6
Statut marital	
<i>Célibataire</i>	10 (25.6)
<i>Concubin</i>	9 (23.1)
<i>Marié(e)</i>	18 (46.2)
<i>Divorce</i>	2 (5.1)
<i>Veuf(ve)</i>	0(0)
Activité Professionnelle	
<i>En arrêt maladie</i>	29 (74.4)
<i>Retraite</i>	10 (25.6)

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

3.2. Données médicales de l'échantillon

Parmi les 39 patients, 59.9% ont réalisé une allogreffe de moelle osseuse suite au diagnostic d'une leucémie aigüe. Effectivement, la majorité des greffes de moelle au sein du service se font dans le cadre d'une leucémie aigüe et ceci en première ligne ou suite à une rechute de la maladie. Soixante et un pour cent des greffes réalisées au sein de la population sont des greffes avec un donneur non apparenté volontaire, et 23% des greffes intrafamiliales. Les greffes dites alternatives (sang de cordon et Haplo) ne représentent qu'un petit pourcentage (15.4%) (Tableaux 2 et 3).

Diagnostic	N (%)
<i>Leucémie aigüe</i>	23 (59.9)
<i>Myélome</i>	2 (5.12)
<i>Lymphome</i>	8 (20.51)
<i>Myelodysplasie</i>	4 (10.3)
<i>Autre</i>	2 (5.1)

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon en fonction du diagnostic.

Type de greffe	N(%)
<i>Intrafamiliale (donneur apparenté)</i>	9 (23.1)
<i>Sur fichier (donneur non apparenté)</i>	24 (61.5)
<i>Sang de cordon</i>	5 (12.8)
<i>Haplo</i>	1(2.6)

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon en fonction du type de l'allogreffe.

CHAPITRE II : OPERATIONALISATION DE VARIABLES

Dans ce chapitre, nous décrivons tout d'abord les outils sélectionnés pour cette recherche, destinés à recueillir les données sociodémographiques, médicales et psychosociales des patients. Puis nous énonçons nos hypothèses opérationnelles et présentons les traitements statistiques utilisés pour les mettre à l'épreuve. Enfin, nous synthétisons l'ensemble des variables étudiées sous la forme d'un tableau récapitulatif.

1. Les variables évaluées par le protocole de recherche : présentation des outils

1.1. Les variables dispositionnelles

1.1.1. Alexithymie : La "Toronto Alexithymia Scale" (1995)

Présentation : Pour l'évaluation de l'alexithymie nous avons choisi d'utiliser pour notre étude le questionnaire Toronto Alexithymia Scale à 20 items (TAS-20) de Bagby et al., (1994a, 1994b) (voir Annexe A.2. p. 268). Cette échelle permet d'évaluer trois facteurs : la difficulté à identifier ses sentiments (DIS), la difficulté à décrire et exprimer ses sentiments (DDS) et la pensée orientée vers la réalité extérieure (POE). Ses qualités psychométriques sont globalement correctes. Loas et al., (1995) ont réalisé l'adaptation française de la TAS-20. Dans une étude auprès de 263 étudiants, ils ont identifié deux facteurs, l'un regroupe les difficultés à identifier et à décrire ses sentiments, le second correspond à une pensée orientée vers la réalité extérieure (Loas et al., 1996). Dans une seconde étude, Loas et al., (2001) ont administré le questionnaire auprès de 659 patients dépendants (conduites alimentaires, substances) et de 769 sujets en bonne santé. Les auteurs aboutissent finalement à la conclusion selon laquelle la structure en trois facteurs s'ajuste mieux aux données que celle en deux facteurs. Dans notre étude, la consistance interne est de 0,72 pour le score général.

Administration : Cette échelle est composée de 20 items et le sujet est invité à répondre à chaque énoncé sur une échelle de Likert à 5 points (1 : désaccord complet ; 2 : désaccord relatif ; 3 : ni accord, ni désaccord ; 4 : accord relatif ; 5 : accord complet).

Cotation : Les items 1, 3, 6, 7, 9, 13 et 14 mesurent la difficulté à identifier ses sentiments (score variant de 7 à 35). Les items 2, 4, 11, 12 et 17 mesurent la difficulté à décrire ses sentiments (score variant de 5 à 25) ; et les items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20 permettent d'apprécier le degré de pensée orientée vers la réalité (score variant de 8 à 40). Les items 4, 5, 10, 18 et 19 ont une cotation inversée. Cet outil permet également de calculer un score général d'alexithymie, variant de 20 à 100. Dans cette étude, nous avons fait le choix de calculer un score global. Un score élevé correspondant à une alexithymie élevée.

1.1.2. Optimisme : Le "LOT-R" de Scheier et Carver (1994)

Présentation : L'optimisme dispositionnel a été mesuré à l'aide du Life Orientation Test-Revised (LOT-R) de Trottier et al., (2008) qui est une version canadienne française du LOT-R de Scheier et al. (1994) (voir Annexe A.3. p. 269). Comme ceci a déjà été mentionné au chapitre III de la partie théorique, ce questionnaire a été choisi du fait qu'il permet d'évaluer l'optimisme en tant que disposition personnelle. Du fait de ses qualités psychométriques satisfaisantes, cet outil est largement utilisé dans la recherche.

La version canadienne-française a été administrée à 204 étudiants francophones. Le coefficient de cohérence interne est de 0,76, ce qui est comparable aux résultats de la version source. La fidélité de ce questionnaire est satisfaisante (0,74 ; $p < 0,001$) avec un intervalle de cinq semaines. Des analyses factorielles confirmatoires ont confirmé la structure de la forme originelle mise au jour par Scheier et al. (1994), c'est-à-dire un modèle à un facteur pouvant expliquer 45.4% de la variance totale. Dans notre étude, la consistance interne est de 0,71.

Administration : Ce questionnaire comporte 10 questions comprenant quatre items de remplissage utilisés à titre de leurre. Le sujet répond à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points : « totalement en désaccord », « plutôt en désaccord », « neutre », « plutôt d'accord », et totalement d'accord ».

Cotation : Six énoncés comptent pour la cotation finale : trois items sont disposés dans un sens positifs (1,4 et 10 ; cotés de 0 à 4) et trois items dans un sens négatif (3,7 et 9 ; cotés de 0 à 4). Afin d'obtenir le score total, il faut additionner les scores obtenus aux items 1, 3, 4, 7, 9 et 10. Les items 2, 5, 6, et 8, sont des items de remplissage et ne comptent donc pas pour la cotation. Le score total d'optimisme varie de 0 à 24, un score élevé indiquant un haut niveau d'optimisme.

1.2. Les variables transactionnelles

1.2.1. Stratégies de coping : La "MAC" de Watson et al. (1988)

Présentation : Ce questionnaire a été validé en français par Cayrou et al. (2003). Il représente un instrument performant visant à évaluer les stratégies de coping des patients confrontés à un cancer (voir Annexe A.4. p. 270). La version française comprend 45 items repartis en cinq sous-échelles : l'esprit combatif (14 items), l'impuissance-désespoir (11 items), les préoccupations anxieuses (12 items), l'évitement (5 items) et la dénégalation (3 items). Cet instrument possède d'excellentes qualités psychométriques et il est largement utilisé en psycho-oncologie. La consistance interne est de 0,85 pour l'esprit combatif, 0,85 pour l'impuissance-désespoir, 0,89 pour les préoccupations anxieuses, 0,74 pour l'évitement et 0,60 pour la dénégalation. Dans notre étude, la consistance interne est respectivement de 0,83, 0,82, 0,84, 0,69, 0,64, pour l'esprit combatif, l'impuissance-désespoir, les préoccupations anxieuses, l'évitement et la dénégalation.

Administration : il s'agit d'un auto-questionnaire ; les patients sont invités à répondre sur une échelle de type Likert à quatre points, (pas du tout, un peu, assez, tout à fait) correspondant respectivement à 1, 2, 3 et 4 points.

Cotation : Un sous-score est obtenu à chacune des cinq sous-dimensions. :

- la somme des scores des quatorze items (items 3, 5, 8, 10, 12, 13, 19, 20, 25, 26, 29, 30, 41 et 45) constitue le score du facteur « esprit combatif ». Les scores s'échelonnent de 14 à 56 un score élevé indiquant le recours massif à cette stratégie.
- la somme des scores des onze items (items 1, 2, 6, 7, 11, 16, 17, 18, 22, 27 et 44) constitue le score du facteur « impuissance/désespoir ». Les scores s'échelonnent de 11 à 44, un score élevé indiquant que le patient utilise préférentiellement une telle stratégie au moment de l'évaluation.
- la somme des scores des douze items (4, 9, 14, 15, 23, 28, 31, 32, 35, 36, 40 et 43) constitue le score du facteur « préoccupations anxieuses ». Les scores s'échelonnent de 12 à 48, un score élevé indiquant que le patient utilise avec force cette stratégie au moment de l'évaluation.
- la somme des scores des cinq items (items 21, 34, 37, 39 et 42) constitue le score du facteur « évitement cognitif ». Les scores varient de 5 à 20, un score élevé indiquant un fort évitement cognitif de la part du patient.
- enfin, la somme des scores des trois items (items 24, 33, 38) constitue le score du facteur « dénégation ». Les scores s'échelonnent de 3 à 12, un score élevé indiquant que le patient utilise de façon importante cette stratégie au moment de l'évaluation.

1.2.2. Soutien social perçu : Le "QSSP" de Bruchon-Schweitzer (2001)

Présentation : Le soutien social perçu a été mesuré par le Q.S.S.P de Bruchon-Schweitzer, (2001) (voir Annexe A.5. p. 272). Cette échelle permet d'évaluer le type de soutien reçu, les sources de ce soutien, le nombre de personnes qui le procurent (ou disponibilité) et la qualité perçue (ou satisfaction). Cette échelle est inspirée du questionnaire Social Support Questionnaire de Sarason et al. (1983), version française de Rascle et al. (1997). La validation de cet outil réalisée par Koleck et al., (2000) auprès de 125 patients lombalgiques a permis

d'isoler deux facteurs : une composante de satisfaction expliquant 35.6% de la variance totale et une autre de disponibilité perçue expliquant 25.2% de la variance totale.

Les quatre principales formes de soutien social sont représentées dans les 4 questions de l'échelle :

- Le soutien d'estime : réconfort, écoute dans les moments difficiles
- Le soutien matériel ou financier : assistance directe quand c'est nécessaire
- Le soutien informatif : conseils ou suggestions de la part d'autrui
- Le soutien émotionnel : rassurer, redonner confiance.

Ce questionnaire permet également de connaître la disponibilité (nombre de personnes ayant participé au soutien, quantité) et la satisfaction perçue (qualité) de ce soutien. Il nous informe sur la source du soutien dont dispose la personne : famille, amis, collègues et personnel soignant. Dans notre étude, la consistance interne est de 0,73 pour la satisfaction du soutien.

Administration : Il s'agit d'un auto-questionnaire rempli par le sujet. Le sujet répond à la question : y a-t-il actuellement dans votre entourage des personnes qui peuvent, lorsque vous en avez besoin :

- vous réconforter et vous écouter ?
- s'occuper de vous et vous aider matériellement ?
- vous donner des conseils, des informations, des suggestions ?
- vous redonner confiance en vous-mêmes ?

Le sujet indique alors le nombre de personnes sur lesquelles il peut compter dans les groupes suivants : famille, amis, collègues et personnel soignant. Pour chaque item, il indique également son degré de satisfaction vis-à-vis de ce soutien à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points de « 0 : pas du tout satisfait » à « 5 : tout à fait satisfait »

Cotation : Le score de disponibilité du soutien social est obtenu en additionnant le nombre de personnes mentionnées par le sujet aux quatre items. Les items sont cotés de 1 à n. Un score élevé indique que le sujet peut compter sur un nombre important de personnes.

Le score de satisfaction du soutien social perçu s'obtient en additionnant les notes obtenues aux quatre items. Les items sont cotés de 0 à 5. Le score total s'échelonne de 0 à 80, un score élevé signifiant que le sujet possède un fort sentiment de satisfaction à l'égard du soutien social perçu. Dans cette étude nous avons fait le choix de prendre en compte seulement le score de satisfaction quant au soutien social perçu.

1.3. Les variables dépendantes ou issues à prédire

1.3.1. Anxiété-dépression : Le "HADS" de Zigmond et Snaith (1983)

Présentation : Nous avons fait le choix d'utiliser le questionnaire HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Zigmond et Snaith (1983) (voir Annexe A.6. p. 273). Il s'agit d'un auto-questionnaire de 14 items, sept items évaluant l'anxiété et sept la dépression. La traduction française a été validée par Lépine et al. (1985). La consistance interne varie de 0,79 à 0,90 selon les études pour les deux sous-échelles. Dans notre étude, la consistance interne est de 0,74 pour l'anxiété et de 0,74 pour la dépression.

Administration : Cette échelle se compose de deux sous échelles de sept items évaluant l'anxiété (items 1, 3, 5, 7, 9, 11 et 13) et sept items évaluant la dépression (items 2, 4, 6, 8, 10, 12 et 14). Pour chaque énoncé proposé, le sujet doit choisir parmi plusieurs propositions, celle qui correspond le mieux à ce qu'il ressent au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Cotation : Les items sont cotés de 0 à 3 (items : 2, 4, 7, 9, 12, 14) et de 3 à 0 pour les items inversés (1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13). Le score varie pour chacune de deux dimensions de 0 à 21. Un score global peut être calculé en additionnant le score de deux sous-échelles et il varie de 0 à 42. Un score élevé indique que la symptomatologie anxieuse et/dépressive est sévère.

Mais on peut également calculer un score spécifique d'anxiété, et un score spécifique de dépression, s'échelonnant chacun de 0 à 21, un score élevé correspondant, selon la sous-échelle considérée, à un état anxieux ou dépressif élevé.

La validation française de Lepine et al., (1985) a permis de fixer des notes seuils (cut-off) pour chacune des deux sous-échelles :

- score inférieur à 7/21 : absence de symptômes ;
- score entre 8 et 10/21 : symptomatologie modérée ;
- score supérieur à 11 : symptomatologie sévère

1.3.2. La Qualité de vie : Le "QLQ-C30", EORTC, (1993)

Présentation : La qualité de vie a été mesurée à l'aide du QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire for Cancer Patients), développé par l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer), afin d'évaluer la qualité de vie de patients atteints de cancers du poumon (Aronson et al., 1993) ; puis cet outil a été adapté pour d'autres types de cancers (voir Annexe A.7. p. 275). Ce questionnaire a évolué en plusieurs versions depuis son noyau initial, et c'est la version 3.0, aujourd'hui disponible et recommandée, que nous avons choisie pour cette étude. Différentes études ont abouti à une consistance interne de cet outil allant de 0,68 à 0,75 pour le domaine physique, de 0,51 à 0,56 pour le domaine cognitif, de 0,73 à 0,90 pour le domaine émotionnel et de 0,82 à 0,86 pour la QDV globale (Mc Dowell, 2006). Dans notre étude, la consistance interne est de 0,74 pour le domaine physique, 0,56 pour le domaine cognitif, 0,77 pour le domaine émotionnel et de 0,78 pour la QDV globale.

Administration : Cette échelle est composée de 30 items. Les items 1 à 28 sont présentés sous forme de questions auxquelles le sujet doit répondre en choisissant la réponse correspondant le plus à sa situation, sur une échelle de Likert à 4 points : « 1 : pas du tout », « 2 : un peu », « 3 : assez », « 4 : beaucoup ». Pour les items 29 et 30, le sujet est invité à indiquer sur une

échelle de Likert en 7 points (de « 1 : très mauvais » à « 7 : excellent ») comment il évalue l'ensemble de son état de santé et de sa qualité de vie au cours de la semaine passée.

Cotation : Le QLQ-C30 mesure 9 dimensions de la qualité de vie spécifique présentées au Tableau 4.

Echelles	Items	Score variant de...à...
Etat physique (5 items)	1 à 5	5 à 20
Etat cognitif (2 items)	20 et 25	2 à 8
Etat émotionnel (4 items)	21 à 24	4 à 16
Limitations activités (2 items)	6 et 7	2 à 8
Relations sociales (2 items)	26 et 27	2 à 8
Santé globale (1 item)	29	1 à 7
Qualité de vie globale (1 item)	30	1 à 7
Fatigue (3 items)	10, 12 et 18	3 à 12
Nausées et vomissements (2 items)	14 et 15	2 à 8
Douleur (2 items)	9 et 19	2 à 8
Dyspnée (1 item)	8	1 à 4
Insomnie (1 item)	11	1 à 4
Perte d'appétit (1 item)	13	1 à 4
Diarrhée (1 item)	17	1 à 4
Constipation (1 item)	16	1 à 4
Difficultés financières (1 item)	28	1 à 4

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des différentes dimensions du QLC-30 et répartition des items.

Cotation : Un score élevé à l'échelle de fonctionnement correspond à un score élevé de qualité de vie de fonctionnement. Un score élevé de santé globale et de qualité de vie globale représente une QDV élevée. Un score élevé aux échelles de symptômes traduit une symptomatologie importante et une qualité de vie altérée. Dans cette étude, nous avons choisi de ne considérer que quatre domaines de la qualité de vie : les domaines physique, émotionnel, cognitif et global (QDV globale + santé globale). Nous aurons donc quatre scores de QDV.

1.3.3. Image du corps : Le QIC de Bruchon-Schweitzer (1987)

Présentation : Pour mesurer l'image du corps au sein de notre étude nous avons fait le choix d'utiliser le questionnaire d'image du corps QIC de Bruchon-Schweitzer, (1987, 1990) (voir

Annexe A.8. p. 277). La consistance interne est de 0,83 et la fidélité test-retest 0,86 selon Koleck et al., (2002). Dans notre étude, la consistance interne est de 0,79.

Administration : Le questionnaire est composé de 19 items bipolaires. Le sujet est invité à indiquer pour chaque item la manière dont il perçoit son corps au cours de ce dernier mois en choisissant la proposition qui lui correspond le mieux, sur une échelle de Likert à 5 points : « 1 : beaucoup », « 2 : plutôt », « 3 : entre les deux », « 4 : plutôt », « 5 : beaucoup ».

Cotation : Les items 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 et 18 sont cotés de 1 à 5 tandis que les items 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17 et 19 sont cotés de 5 à 1. L’item 4 est coté de 1 à 5 pour les hommes et de 5 à 1 pour les femmes. Le score final varie de 19 (minimum) à 95 (maximum). Un score élevé correspond à une satisfaction corporelle élevée.

2. Hypothèses opérationnelles

HYPOTHESE 1 : comparés aux patients avec suivi traditionnel, les patients du groupe relaxation psychothérapique ont, à T2 et à T3 :

- des scores significativement plus bas d’anxiété et de dépression à la HADS ;
- des scores plus élevés en satisfaction corporelle au QIC ;
- des scores plus élevés de QDV (physique, cognitive, émotionnelle et globale) au QLQC-30.

HYPOTHESE 2a : comparés aux patients avec suivi traditionnel, les patients du groupe relaxation psychothérapique ont, à T2 et à T3 :

- des scores significativement plus bas d’anxiété et de dépression à la HADS ;
- des scores plus élevés en satisfaction corporelle au QIC ;
- des scores plus élevés de QDV (physique, cognitive, émotionnelle et globale) au QLQC-30.

Cet effet est d’autant plus important quand les sujets ont un score élevé en alexithymie.

HYPOTHESE 2b : comparés aux patients avec suivi traditionnel, les patients du groupe relaxation psychothérapique ont, à T2 et à T3 :

- des scores significativement plus bas d'anxiété et de dépression à la HADS ;
- des scores plus élevés en satisfaction corporelle au QIC ;
- des scores plus élevés de QDV (physique, cognitive, émotionnelle et globale) au QLQC-30.

Cet effet est d'autant plus important quand les sujets ont un score élevé en optimisme.

HYPOTHESE 3a : l'effet de la prise en charge (traditionnelle vs relaxation psychothérapique) sur les scores d'anxiété, de dépression, de satisfaction corporelle et de QDV est médiatisé par un score élevé de coping centré sur l'esprit combatif.

HYPOTHESE 3b : l'effet de la prise en charge (traditionnelle vs relaxation) sur les scores d'anxiété, de dépression, de satisfaction corporelle et de QDV est médiatisé par un score élevé de soutien social perçu.

3. Traitement statistiques

Traitement relatif à l'Hypothèse 1

En analyse intra-groupe nous effectuerons une analyse de variance (ANOVA) à mesures répétées pour comparer les scores moyens d'anxiété état, de dépression état, d'image du corps, et de qualité de vie, aux trois temps de mesure, T1, T2 et T3. Nous utiliserons la correction Greenhouse-Geisser en cas d'hétérogénéité de covariance (sphéricité non assumée), c'est-à-dire lorsque la p. valeur du test de Mauchly est significative ($p < 0.05$). Nous utiliserons le test non paramétrique Khi-deux de Friedman en cas de non respect de la normalité (quand la p. value au test de Kolmogorov-Smirnov est inférieur à 5%). Des comparaisons deux à deux post-hoc avec ajustement de Bonferroni permettront de situer où

résident les différences de l'effet général observé. Un résultat est significatif dans tous les cas si $p < 0,05$.

En analyse inter-groupe, les scores moyens seront comparés au moyen de tests t de Student à échantillons indépendants. De la même manière, nous utiliserons l'approximation de Welch en cas des variances inégales (hétéroscédasticité ; Levene $p < 0.05$) et le test non paramétrique U de Mann-Whitney en absence de normalité.

Traitement relatif à l'Hypothèse 2

Pour effectuer les analyses de modération, nous sélectionnerons d'abord les données pour le groupe contrôle et ensuite pour le groupe expérimental. Par la suite, nous standardiserons les variables et calculerons 7 variables d'interaction pour l'alexithymie (anxiété T1*alexithymie ; dépression T1*alexithymie ; image du corps T1*alexithymie ; QDV physique T1*alexithymie ; QDV cognitive T1*alexithymie ; QDV émotionnel T1*alexithymie et QDV globale T1*alexithymie) et sept variables d'interaction pour l'optimisme (anxiété T1*optimisme ; dépression T1*optimisme ; image du corps T1*optimisme ; QDV physique T1*optimisme ; QDV cognitive T1*optimisme ; QDV émotionnel T1*optimisme et QDV globale T1*optimisme). Nous comparerons alors la variation du coefficient de détermination R^2 entre le modèle à effet simple et le modèle avec effet d'interaction, avant d'en tester la significativité ($p < 0,05$) et ceci pour chaque groupe.

Traitement relatif à l'Hypothèse 3

L'analyse de médiation sera réalisée à l'aide de cinq étapes décrites par Baron et Kenny (1986) et Judd et Kenny (1981). L'analyse permettra d'évaluer l'existence d'un effet médiateur ou effet indirect. La première étape consiste à vérifier par une régression que la variable indépendante a bien un effet sur la variable dépendante. Si cette étape est validée, il faut par la suite montrer que la variable indépendante a un impact sur le médiateur (deuxième

étape). La troisième étape consiste à vérifier que le médiateur a un effet sur la variable dépendante en contrôlant l'effet de la variable indépendante par une régression multiple. Si l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante est égale à 0 lorsque le médiateur est contrôlé, il s'agit d'une médiation totale, sinon la médiation est partielle (quatrième étape). Afin de tester la significativité de l'effet médiateur (effet indirect) nous utiliserons le test de Sobel (cinquième étape).

4. Synthèse des variables étudiées

Le tableau numéro 5 montre pour chaque variable étudiée, la valeur possible et l'outil utilisé.

VARIABLES	Valeur	Outil
Groupe	1= Suivi Psychologique (GC) 2= Relaxation Psychothérapique (GE)	Données sociodémographiques et médicales
Age	18 à 65	Données sociodémographiques et médicales
Sexe	0= Homme 1= Femme	Données sociodémographiques et médicales
Statut Marital	1= Célibataire 2= Concubin 3= Marié (e) 4= Divorcé (e) 5= Veuf (ve)	Données sociodémographiques et médicales
Activité professionnelle	1= en activité 2= en arrêt maladie 3= à la retraite	Données sociodémographiques et médicales
Diagnostic	1= Lymphome 2= Myélome 3= Leucémie 4= Myélodysplasie 5= Autre	Données sociodémographiques et médicales
Rémission	1= Rémission complète 2= Rémission partielle	Données sociodémographiques et médicales
Type de Greffe	1= Intrafamiliale 2= Sur fichier 3= Sang de Cordon 4= Haplo Identique	Données sociodémographiques et médicales
Alexithymie	20 à 100	TAS-20 Bagby et al., (1994)
Optimisme	0 à 24	LOT-R Scheier et Carver (1994)

Stratégies de coping		
<i>Esprit Combatif</i>	14 à 56	MAC Watson et al., (1988)
<i>Impuissance/désespoir</i>	11 à 44	
<i>Préoccupations anxieuses</i>	12 à 48	
<i>Evitement Cognitif</i>	5 à 20	
<i>Dénégation</i>	3 à 12	
Satisfaction Soutien Social Perçu	0 à 80	QSSP Bruchon-Schweitzer (2001)
Anxiété état	0 à 21	HADS Zigmond et Snaith (1983)
Dépression état	0 à 21	HADS Zigmond et Snaith (1983)
Image du corps	19 à 95	QIC Bruchon-Schweitzer (1987)
QDV		QLC-30 EORTC (1993)
<i>Physique</i>	5 à 20	
<i>Cognitive</i>	2 à 8	
<i>Emotionnel</i>	4 à 16	
<i>Globale</i>	2 à 14	

Tableau 5 : Récapitulatif des variables étudiées, leur valeur et l'outil utilisé.

CHAPITRE III : RESULTATS

Ce chapitre est consacré à la présentation de résultats. Nous commençons par les résultats issus des statistiques descriptives avant de présenter les résultats relatifs à la mise à l'épreuve de nos hypothèses.

1. Statistiques descriptives

1.1. Caractéristiques sociodémographiques et médicales

Le groupe contrôle est composé par 19 sujets et le groupe expérimental de 20 sujets.

Le Tableau 6 résume les statistiques descriptives de l'échantillon.

Variables	Groupe contrôle (N=19, 48.7%)	Groupe expérimental (N=20, 51.3%)	p	N
Sexe				
<i>Hommes</i>	14(73.7)	15 (75)	$p=0,925$	29
<i>Femmes</i>	5(26.3)	5 (25)		10
Activité professionnelle				
<i>Arrêt maladie</i>	14(73.7)	15(75)	$p=0,925$	29
<i>Retraite</i>	5(26.3)	5 (25)		10
Statut marital				
<i>Célibataire</i>	4(21.1)	6 (30)	$p= 0,478$	10
<i>Concubin</i>	4(21.1)	5 (25)		9
<i>Marie(e)</i>	9(47.4)	9 (45)		18
<i>Divorce(e)</i>	2(10.5)	0		2
Age				
<i>Moyenne générale</i>	51,1ans	46,3ans	$p= 0,300$	39
<i>Ecart-type</i>	11.6	16,3		
Diagnostic				
<i>Leucémie</i>	11 (57.9)	12 (60)	$p=0,388$	23
<i>Myélome</i>	1(7.9)	1(5)		2
<i>Myélodysplasie</i>	1(7.9)	3 (10)		4
<i>Lymphome</i>	5 (26.3)	4 (20)		9
<i>Autre</i>	1	0		1
Type de greffe				
<i>Intrafamiliale</i>	5 (26.3)	4 (20)	$p=0,732$	9
<i>Sur Fichier</i>	12 (63.2)	12 (60)		24
<i>Sang de cordon</i>	2(10.5)	3 (15)		5
<i>Haplo</i>	0 (0)	1 (5)		1

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques et médicales de chaque groupe.

Des tests Khi-deux d'indépendance sont utilisés pour mettre en lumière d'éventuels biais de répartition entre les groupes contrôle GC et expérimental GE (voir Annexe C.1. p :

287-290). Les p-values toutes supérieures au seuil de 5% n'indiquent pas de différences significatives de répartition concernant les caractéristiques sociodémographiques et médicales. Les deux groupes sont donc homogènes.

1.2. Les valeurs aux variables dispositionnelles

La moyenne de la variable alexithymie s'élève à 52,10 dans notre échantillon, (écart-type 9,31 ; minimum : 33 ; maximum : 69). Par ailleurs, le score moyen d'optimisme est de 15,23 (écart-type : 3,21 ; minimum : 10 ; maximum : 24). Notre échantillon est moyennement optimiste ($\mu = 15,23$; $\sigma = 3,21$).

Au sein de chaque groupe, les moyennes obtenues à T1 à l'alexithymie $t(37)=0,036$; $p=0,972$ et à l'optimisme $t(37)= -1,348$; $p= 0,186$ ne diffèrent pas significativement. Les deux groupes ne diffèrent donc pas significativement au niveau des variables dispositionnelles. Les moyennes aux variables alexithymie et optimisme de chaque groupe sont présentées au Tableau 7.

Loas, Fremaux et Marchand (1995) ont établi des normes d'alexithymie pour la population française. Ces auteurs mentionnent trois seuils en fonction des scores obtenus à l'échelle TAS-20. Selon eux, les sujets avec un score $TAS-20 \leq 44$ sont des sujets non alexithymiques, ceux avec un score entre 44 et 56 sont des sujets intermédiaires et ceux avec un score ≥ 56 sont des sujets alexithymiques. Chaque seuil d'alexithymie est représenté de manière homogène dans chaque groupe ; nos deux groupes ne diffèrent donc pas significativement au niveau du score d'alexithymie. Nous observons également que la majorité de nos patients ($N = 17$) a une alexithymie intermédiaire. La répartition des patients en fonction du seuil d'alexithymie dans chaque groupe est présentée au Tableau 8.

Variables	Groupe de contrôle (N=19)	Groupe expérimental (N=20)	Statistiques t de Student
Alexithymie			
<i>Moyenne</i>	52,16	52,05	t= 0,036, ddl=37, p=0,972, p>0,05
<i>Ecart-type</i>	8,2	10,4	
<i>Minimum</i>	40	33	
<i>Maximum</i>	69	67	
Optimisme			
<i>Moyenne</i>	14,53	15,90	t= -1,348, ddl=37, p=0,186, p>0,05
<i>Ecart-type</i>	3,3	3	
<i>Minimum</i>	10	10	
<i>Maximum</i>	24	22	

Tableau 7 : Scores moyens à T1 aux variables dispositionnelles.

	Echantillon	GC	GE
Sujets non alexithymiques	10	4	6
Sujets intermédiaires	17	11	6
Sujets alexithymiques	12	4	8
TOTAL	39	19	20

Tableau 8 : Répartition de notre échantillon dans chaque groupe en fonction du seuil d'alexithymie.

1.3. Les valeurs aux variables transactionnelles

1.3.1. Stratégies de coping

Au sein de notre échantillon total, nous constatons que les scores moyens obtenus à l'esprit combatif et à l'évitement cognitif sont assez hauts (44,54/56) pour l'esprit combatif, et moyens pour l'évitement cognitif (12,54/20). En revanche, le score moyen obtenu à l'impuissance désespoir est bas (16,97/44). Enfin les scores moyens obtenus aux préoccupations anxieuses et à la dénégaration sont aussi moyens (25,33/46 et 5,56/12 respectivement). Ainsi, pour l'ensemble de notre échantillon, les patients ont eu plus recours à l'esprit combatif et l'évitement cognitif qu'à l'impuissance/désespoir.

Au sein des deux groupes, les patients ont eu recours en moyenne aux mêmes stratégies de coping à T1 (voir Tableau 9 et Figure 5).

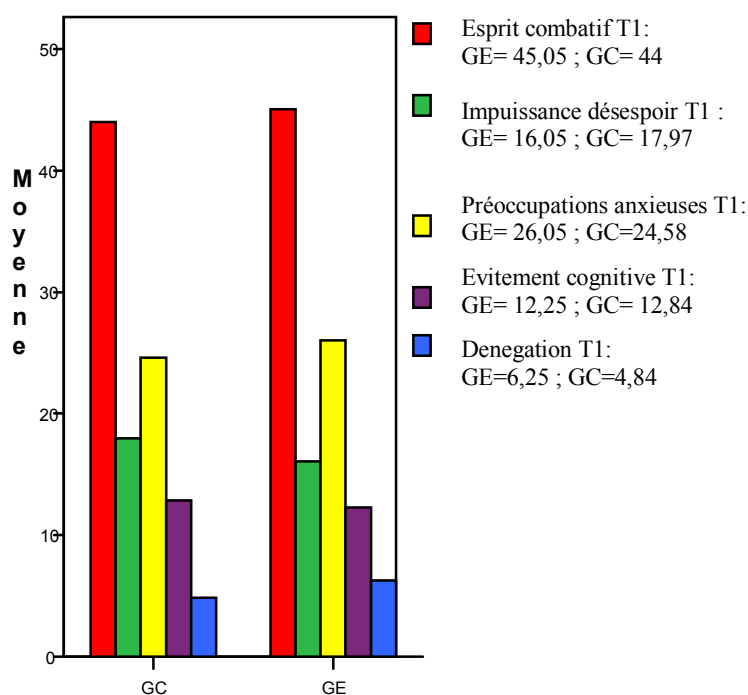


Figure 5 : Histogramme représentant pour chaque groupe les scores moyens à T1 aux stratégies de coping.

Stratégies de Coping T1		Groupe de contrôle		Groupe expérimental		t de Student à échantillons indépendants		
		n	μ (σ)	n	μ (σ)	t	ddl	p.
Esprit combatif	T1	19	44 (7,34)	20	45,05 (6,55)	-0,472	37	0,640
Impuissance Désespoir	T1	19	17,95 (7,79)	20	16,05 (3,80)	0,973	37	0,337
Préoccupations Anxieuses	T1	19	24,58 (8,05)	20	26,05 (7,83)	-0,578	37	0,567
Evitement Cognitif	T1	19	12,84 (2,69)	20	12,25 (4,33)	0,509	37	0,614
Dénégation	T1	19	4,84(2,31)		6,25(2,80)	-1,703	37	0,097

Tableau 9 : Scores moyens à T1 aux différentes stratégies de coping.

1.3.2. Satisfaction quant au soutien social perçu

Dans notre échantillon, les patients éprouvent à T1 une satisfaction quant au soutien social perçu plutôt élevée (score moyen 53,21/80). Dans le groupe contrôle, nous constatons une moyenne de la satisfaction quant au soutien social perçu légèrement plus élevée, mais les deux groupes ne diffèrent pas significativement à ce niveau $t(37)=-1,340$; $p=0,188$. Les

valeurs à la satisfaction du soutien social du groupe expérimental et du groupe contrôle aux trois temps sont présentées au Tableau 10.

Satisfaction quant au soutien social perçu	T1		
	échantillon	GC	GE
<i>Moyenne</i>	53,21	49,21	57,60
<i>Ecart-type</i>	18,33	15,97	19,97
<i>Minimum</i>	10	12	10
<i>Maximum</i>	80	77	80

Tableau 10 : Scores moyens à T1 de satisfaction quant au soutien social perçu.

1.4. Les valeurs aux variables dépendantes ou issues à prédire

1.4.1. Ajustement émotionnel des patients

La moyenne de l'anxiété-état pour l'ensemble de notre échantillon à T1 est de 7,74 (écart-type =4,27) et celle de la dépression-état est de 4,74 (écart-type = 3,61). Selon les seuils établis par Lepine et al. (1985), notre échantillon présente une symptomatologie anxieuse modérée (score moyen 7,74/21, score >7) et ne présente pas de symptomatologie dépressive (score moyen 4,74, score <7).

Nos deux groupes ne diffèrent pas significativement au niveau de l'anxiété état $t(37) = -1,137$; $p=0,263$ et de la dépression état à T1 $t(37)=0,427$; $p.=0,672$. Les valeurs à l'ajustement émotionnel (anxiété état et dépression état) de notre échantillon ainsi que de chaque groupe sont présentées aux Tableaux 11.

ANXETE ETAT				
		Echantillon N=39	Groupe contrôle (N=19)	Groupe expérimental (N=20)
T1	Moyenne	7,74	6,95	8,50
	Ecart-type	4,27	4,6	3,91
	Minimum	1	1	3
	Maximum	19	19	18
DEPRESSION ETAT				
		Echantillon N=39	Groupe contrôle (N=19)	Groupe expérimental (N=20)
T1	Moyenne	4,74	5	4,50
	Ecart-type	3,61	4,09	3,18
	Minimum	0	0	0
	Maximum	16	16	12

Tableau 11 : Scores moyens à T1 d'anxiété état et de dépression état.

1.4.2. Image du corps

Au sein de notre échantillon le score moyen obtenu à la satisfaction corporelle à T1 est de 61,44 (score variant de 19 à 95). Ce qui signifie que nos patients ont une image du corps moyennement altérée par la maladie et les traitements. Nos deux groupes ne diffèrent pas significativement au niveau du score de satisfaction corporelle à T1 $t(37)=-0,546$; $p=0,588$. Les valeurs à la satisfaction corporelle des patients sont présentées au Tableau 12.

SATISFACTION CORPORELLE				
		Echantillon	Groupe contrôle	Groupe expérimental
T1	Moyenne	61,44	60,26	62,55
	Ecart-type	12,94	10,68	14,98
	Minimum	35	35	36
	Maximum	86	81	86

Tableau 12 : Scores moyens à T1 de satisfaction corporelle.

1.4.3. Qualité de vie

Dans notre échantillon les patients ont, à T1, une qualité de vie physique (score 7,95/20) et une QDV cognitive (score 3,18/8) peu altérées, une QDV émotionnelle peu affectée (score 7,64/16) et une QDV globale moyenne, voire bonne (score 9,54/14). Enfin,

nos deux groupes ne diffèrent pas significativement à T1 sur ces quatre domaines de la QDV (voir Tableau 13).

QDV T1							
		Echantillon N=39	GC N=19	GE N=20	T	ddl	p
Physique	<i>Moyenne</i>	7,95	8,16	7,75	0,414	37	0,681
	<i>Ecart-type</i>	3,04	2,85	3,27			
	<i>Minimum</i>	5	5	5			
	<i>Maximum</i>	16	14	16			
Emotionnel	<i>Moyenne</i>	7,64	7,68	7,60	0,395	37	0,695
	<i>Ecart-type</i>	3,39	3,48	3,40			
	<i>Minimum</i>	4	4	4			
	<i>Maximum</i>	16	16	16			
Cognitive	<i>Moyenne</i>	3,18	3,26	3,10	0,076	37	0,940
	<i>Ecart-type</i>	1,27	1,28	1,29			
	<i>Minimum</i>	2	2	2			
	<i>Maximum</i>	7	6	7			
Globale	<i>Moyenne</i>	9,54	9,37	9,70	0,424	37	0,674
	<i>Ecart-type</i>	2,41	2,29	2,57			
	<i>Minimum</i>	5	6	5			
	<i>Maximum</i>	14	13	14			

Tableau 13 : Scores moyens à la QDV à T1.

2. Vérification des Hypothèses

2.1. Vérification de l'Hypothèse 1

2.1.1. Différences intragroupe

Le Tableau 14 montre l'effet spécifique de chaque méthode de prise en charge dans le temps sur l'anxiété état, la dépression état, la satisfaction corporelle et la qualité de vie des patients.

	GC				GE			
	n	μ (σ)	F	p	n	μ (σ)	F	p
Anxiété état								
T1	19	6,95 (4,60)	0,569	0,571	20	8,50 (1,39) ^a	12,318	< 0,001***
T2	19	6,53 (3,90)			20	7,05 (1,54) ^b		
T3	19	6,83 (3,89)			20	4,95 (1,71) ^{ab}		
Dépression état								
T1	19	5 (4,09)	0,223	0,801	20	4,50 (3,18)	0,710	0,498
T2	19	5,32 (4,05)			20	4,77 (3,40)		
T3	19	5,37 (4,15)			20	3,95 (2,58)		
Satisfaction corporelle								
T1	19	60,26(10,68)	1,247	0,299	20	62,55(14,98)	7,434	0,002**
T2	19	60,89(13,14)			20	58,15(15,83) ^a		
T3	19	63,47(16,22)			20	68,10(10,35) ^a		
QDV								
Physique ¹								
T1	19	8,16 (2,85)	1,709	0,204	20	7,75 (3,27) ^a	8,721	0,001***
T2	19	8,42 (1,86)			20	9,40 (2,83) ^{ab}		
T3	19	7,58 (1,77)			20	7,20(2,14) ^{ab}		
Cognitive ¹								
T1	19	3,26 (1,28)	0,826	0,397	20	3,10 (1,29)	0,322	0,727
T2	19	3,00 (,81)			20	3,35 (1,42)		
T3 ²	19	300 (,94)			20	3,20 (1,60)		
Emotionnelle ¹								
T1	19	7,68 (3,48)	1,728	0,203	20	7,60 (3,40)	0,769	0,471
T2	19	7,21 (2,91)			20	7,50 (2,85)		
T3	19	6,74 (2,74)			20	6,95 (2,56)		
Globale								
T1	19	9,37 (2,29)	0,053	0,949	20	9,70 (2,57)	0,015	0,985
T2	19	8,89 (3,05)			20	9,70 (2,43)		
T3	19	9,48 (3,00)			20	9,60 (2,45)		

¹ Approximation de Greenhouse-Geisser pour sphéricité non assumée pour le groupe contrôle.

² Test non paramétrique Friedman pour le groupe expérimental

*** Différences significatives à p<0,001

** Différences significatives à p<0,01

Les conditions avec la même lettre à T1, à T2 et à T3 diffèrent significativement deux à deux au test t de student pairé avec correction de Bonferroni.

Tableau 14 : Variations intra-groupe sur les variables étudiées.

Concernant le groupe expérimental un effet significatif est observé au niveau de l'anxiété état $F(2,19)=12,318$; $p<0,001^{***}$. Plus précisément, les comparaisons post-hoc révèlent une diminution significative entre T1 et T3 ($p_{adj}<0,001^{***}$) et entre T2 et T3 ($p_{adj}=0,017^*$).

Un effet significatif est aussi observé dans le groupe expérimental au niveau de la satisfaction corporelle $F(2,19)=7,434$; $p=0,002^{**}$. Plus précisément, les comparaisons post-hoc révèlent une amélioration significative de l'image du corps entre T2 et T3 ($p_{adj}=0,003^{**}$).

Enfin un effet significatif est observé dans le groupe expérimental au niveau de la QDV physique $F(2,19)=8,721$; $p=0,001^{***}$. Plus précisément, les comparaisons post-hoc révèlent une altération¹¹ significative de la QDV physique entre T1 et T2 ($p_{adj}=0,006^{**}$) et une amélioration significative entre T2 et T3 ($p_{adj}=0,003^{**}$).

En revanche, il n'y a aucune différence significative intra-groupe au sein du groupe contrôle.

¹¹ Attention : un score élevé à ce domaine correspond à une altération importante de la QDV

2.1.2. Différences intergroupes

Le tableau 15 présente la variabilité des scores d'anxiété état, de dépression état, de satisfaction corporelle et de qualité de vie des patients à T1, T2 et T3, selon la prise en charge.

	Groupe contrôle			Groupe expérimental		t de Student à échantillons indépendants		
		n	μ (σ)	n	μ (σ)	t	ddl	p
ANXIETE ETAT	T1	19	6,95 (4,60)	20	8,50 (1,39)	- 1,137	37	0,263
	T2	19	6,53 (3,90)	20	7,05 (1,54)	-0,391	37	0,698
	T3	19	6,83 (3,89)	20	4,95 (1,71)	1,781	36	0,083
DEPRESSION ETAT	T1	19	5 (4,09)	20	4,50 (3,18)	0,427	37	0,672
	T2	19	5,32 (4,05)	20	4,77 (3,40)	0,473	37	0,639
	T3	19	5,37 (4,15)	20	3,95 (2,58)	1,288	37	0,206
SATISFACTION CORPORELLE	T1	19	60,26(10,68)	20	62,55(14,98)	- 0,546	37	0,588
	T2	19	60,89(13,14)	20	58,15(15,83)	0,587	37	0,561
	T3 ¹	19	63,47(16,22)	20	68,10(10,35)	1,055	30,3	0,300
QDV PHYSIQUE ³	T1	19	8,16 (2,85)	20	7,75 (3,27)	0,414	37	0,681
	T2	19	8,42 (1,86)	20	9,40 (2,83)	1,266	37	0,213
	T3	19	7,58 (1,77)	20	7,20(2,14)	0,600	36	0,552
QDV COGNITIVE ³	T1	19	3,26 (1,28)	20	3,10 (1,29)	0,395	37	0,695
	T2 ¹	19	3,00 (,81)	20	3,35 (1,42)	-0,946	30,05	0,351
	T3 ²	19	300 (,94)	20	3,20 (1,60)	,182	37	0,641
QDV EMOTIONNELLE ³	T1	19	7,68 (3,48)	20	7,60 (3,40)	0,076	37	0,940
	T2	19	7,21 (2,91)	20	7,50 (2,85)	-0,313	37	0,756
	T3	19	6,74 (2,74)	20	6,95 (2,56)	-0,251	37	0,803
QDV GLOBALE	T1	19	9,37 (2,29)	20	9,70 (2,57)	0,424	37	0,674
	T2	19	8,89 (3,05)	20	9,70 (2,43)	-0,914	37	0,719
	T3	19	9,48 (3,00)	20	9,60 (2,45)	-0,363	36	0,367

¹ Approximation de Welch pour variances inégales.

² Test non paramétrique U de Mann-Whitney

³ Un score élevé à ce domaine correspond à une altération importante de la QDV

Tableau 15 : Variations inter-groupes sur les variables étudiées.

Le tableau 15 ne montre aucune différence significative entre les groupes, que ce soit à la baseline (T1), à T2 ou à T3.

L'Hypothèse H1 est donc partiellement validée.

Si on n'observe aucune différence significative aux 3 temps entre GE et GC, il y a malgré tout une évolution intra-groupe probante des scores de certains critères d'ajustement dans le groupe relaxation psychothérapique (baisse de l'anxiété état, baisse de la QDV à court terme puis retour à la normale, notamment).

2.2. Vérification de l'Hypothèse 2

2.2.1. Vérification de l'Hypothèse 2a

Le tableau 16 présente le rôle modérateur de l'alexithymie sur l'effet de la prise en charge.

Interaction	Variables dépendantes	Beta β	Variation de R-deux	Significativité p
AnxiétéT1*alexithymie	Anxiété T3			
	GC	- 0,127	0,013	0,348
	GE	0,415	0,023	0,415
DépressionT1*alexithymie	Dépression T3			
	GC	0,262	0,043	0,111
	GE	- 0,588	0,225	0,039*
Image du corpsT1*alexithymie	Image du corpsT3			
	GC	0,242	0,049	0,156
	GE	- 0,209	0,040	0,352
QDVphysiqueT1*alexithymie	QDVPhysiqueT3			
	GC	0,033	0,001	0,877
	GE	- 0,293	0,055	0,252
QDVcognitiveT1*alexithymie	QDVcognitiveT3			
	GC	- 0,066	0,004	0,791
	GE	- 0,526	0,227	0,009**
QDVémotionnelleT1*alexithymie	QDV émotionnelle T3			
	GC	- 0,046	0,002	0,802
	GE	- 0,557	0,260	0,006**
QDVglobaleT1*alexithymie	QDV globale T3			
	GC	0,140	0,017	0,596
	GE	- 0,148	0,032	0,456

** Différences significatives à $p < 0,01$

* Différences significatives à $p < 0,05$

Tableau 16 : Effet de modulation de l'interaction de l'alexithymie et des scores aux variables étudiées à T1 aux scores à T3.

Un effet de modulation est observé pour la dépression état à T3 ($\beta = -0,588$; $p = 0,039^*$), pour la QDV cognitive à T3 ($\beta = -0,526$; $p = 0,009^{**}$), et pour la QDV émotionnelle à T3 ($\beta = -0,557$; $p = 0,006^{**}$) au sein du groupe expérimental.

Plus spécifiquement le caractère modérateur de l'alexithymie ajoute au modèle 22.5% de variance expliquée à la dépression état à T3, 22.7% de variance expliquée à la QDV cognitive à T3 et 26% de la variance expliqué à la QDV émotionnelle à T3 pour les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique.

Ainsi, l'effet de la prise en charge par la relaxation psychothérapique diminue encore plus la dépressivité à T3, et augmente davantage la QDV cognitive et émotionnelle à T3 quand le score d'alexithymie est élevé.

Aucun effet de modulation n'est observé au sein du groupe contrôle.

L'Hypothèse 2a est donc partiellement validée.

2.2.2. Vérification de l'Hypothèse 2b

Le tableau 17 présente le rôle modérateur de l'optimisme sur l'effet de la prise en charge.

Interaction	Variables dépendantes	Beta β	Variation de R-deux	Significativité p
AnxiétéT1*optimisme	Anxiété T3			
	GC	0,096	0,006	0,583
	GE	0,510	0,127	0,058
DépressionT1* optimisme	Dépression T3			
	GC	- 0,124	0,009	0,518
	GE	- 0,060	0,003	0,814
Image du corpsT1* optimisme	Image du corpsT3			
	GC	- 0,238	0,050	0,127
	GE	0,273	0,072	0,170
QDVphysiqueT1* optimisme	QDVPhysiqueT3			
	GC	0,112	0,009	0,623
	GE	- 0,507	0,182	0,027*
QDVcognitiveT1* optimisme	QDVcognitiveT3			
	GC	- 0,118	0,012	0,644
	GE	-0,288	0,061	0,201
QDVémotionnelleT1* optimisme	QDV émotionnelle T3			
	GC	-0,212	0,043	0,285
	GE	-0,596	0,155	0,043*
QDVglobaleT1* optimisme	QDV globale T3			
	GC	0,012	0,000	0,967
	GE	0,169	0,022	0,426

*Différences significatives à $p < 0,05$

Tableau 17 : Effet de modulation de l'interaction de l'optimisme et des scores aux variables étudiées à T1 aux scores à T3.

En effet de modulation est observé pour la QDV physique à T3 ($\beta = -0,507$; $p = 0,027^*$) et pour la QDV émotionnelle à T3 ($\beta = -0,596$; $p = 0,043^*$), au sein du groupe expérimental.

Plus spécifiquement le caractère modérateur de l'optimisme ajoute au modèle respectivement 18.2% et 15.5% de variance expliquée à la QDV physique et émotionnelle à T3 pour les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique.

Ainsi, l'effet de la prise en charge par la relaxation psychothérapique est significativement plus important pour la QDV physique et émotionnelle à T3, quand le score d'optimisme est élevé.

Aucun effet de modération n'est observé au sein du groupe contrôle.

L'Hypothèse 2b est donc partiellement validée

2.3. Vérification de l'Hypothèse 3

Le tableau 18 résume la première étape de l'analyse de médiation (i.e., effet direct du prédicteur sur la variable réponse) décrite par Baron et Kenny (1986).

	Beta	p
Modèle 1 : effet groupe→ anxiété état T3	-0,285	0,083
Modèle 2 : effet groupe→ dépression état T3	-0,207	0,206
Modèle 3 : effet groupe→ image du corps T3	0,173	0,293
Modèle 4 : effet groupe→ QDV physique T3	-0,098	0,552
Modèle 5 : effet groupe→ QDV cognitive T3	0,077	0,641
Modèle 6 : effet groupe→ QDV émotionnelle T3	0,041	0,803
Modèle 7 : effet groupe→ QDV globale T3	0,149	0,367

Tableau 18 : Première étape d'analyse de variation pour l'effet du groupe aux variables étudiées.

Aucune régression n'est significative, nous ne pouvons donc pas poursuivre l'analyse de médiation.

L'hypothèse H3 n'est donc pas validée.

CHAPITRE IV : DISCUSSION

Le cœur de cette étude s'articule autour de la prise en charge psychologique des patients atteints d'un cancer hématologique nécessitant une greffe de moelle osseuse pendant la période aigüe de la prise en charge, c'est-à-dire pendant l'hospitalisation en secteur stérile et jusqu'à 100 jours post-greffe. La greffe de moelle osseuse est une thérapeutique particulière avec, certes, un intérêt médical, mais aussi un risque potentiel important. La greffe met en jeu la vie, l'identité mais aussi l'intégrité de la personne malade. La période aigüe se caractérise par l'envie de guérir pour le patient, envie accompagnée par la peur de mourir. Quel paradoxe... Le patient se trouve dans une situation limite entre la vie et mort et cela pendant au moins 100 jours et parfois beaucoup plus. Le fait de rationaliser cet acte et de rester dans une dynamique positive et combative est parfois nécessaire afin de pouvoir envisager ce traitement dans un premier temps et ensuite le vivre avec une certaine sérénité. La prise en charge psychologique de la majorité des patients fut essentielle selon notre expérience clinique et la nécessité d'un accompagnement psychologique reste indéniable pour un grand nombre de ces patients.

L'objectif de ce travail s'articulait autour de plusieurs axes :

1. tester l'efficacité à court et à moyen terme d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique Méthode Sapir, sur l'ajustement émotionnel, la QDV et l'image du corps de patients atteints d'un cancer hématologique, hospitalisés pour une allogreffe de moelle osseuse, et ceci pendant le moment de crise, c'est-à-dire durant leur hospitalisation en secteur stérile ;
2. savoir si certaines variables dispositionnelles (l'alexithymie et l'optimisme) et transactionnelles (le coping et le soutien social perçu) peuvent influencer l'impact de cette prise en charge.

La discussion des résultats de cette recherche va se décliner en deux parties.

- la première partie considèrera les statistiques descriptives.

- la seconde partie se centrera sur les résultats issus de la mise à l'épreuve de nos hypothèses opérationnelles ainsi que ceux relatifs à nos observations cliniques.

1. Discussion des caractéristiques de notre échantillon

1.1. Les données sociodémographiques et les données médicales.

Notre échantillon est composé en majorité d'hommes (74.4%) mais la répartition dans les deux groupes est homogène. Rappelons ici que le cancer hématologique touche en priorité les hommes (environ 55.5%). Cette différence peut expliquer en partie le fait que notre échantillon soit composé en priorité de sujets de sexe masculin. Toutefois, il est important de souligner que parmi les sujets qui ont abandonné l'étude et qui n'ont finalement pas été inclus dans les analyses, la majorité était des femmes.

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 48,6 ans, et les sujets sont repartis également de manière homogène dans les deux groupes. Le cancer hématologique est un des cancers qui touchent le plus de sujets jeunes, ce qui explique le fait que la moyenne d'âge de notre échantillon soit assez jeune. Rappelons également qu'un des critères médicaux pour la réalisation d'une greffe de moelle est un âge maximum de 65 ans. Au delà de cet âge cette thérapeutique n'est plus indiquée et laisse la place à des traitements moins lourds.

En ce qui concerne, le statut marital, la majorité de notre échantillon (70% environ) vit maritalement (mariage ou concubinage). La répartition est aussi homogène entre les deux groupes. Le jeune âge en moyenne des sujets notre échantillon explique en partie le fait que la majorité vive maritalement.

Enfin, en ce qui concerne le diagnostic et le type de greffe, la majorité des sujets est atteinte d'une leucémie (60%) et les greffes avec un donneur non familial (sur fichier avec un donneur non apparenté) représentent 62% environ des greffes réalisées. Effectivement, la leucémie aigüe est la première indication pour la réalisation d'une greffe de moelle osseuse. Elle fait dans certains cas partie du processus thérapeutique initial. Pour les patients de notre

échantillon atteints de lymphome (20% environ), l'indication de greffe de moelle osseuse concerne en principe seulement les patients en rechute ou qui ne répondent pas aux précédentes lignes thérapeutiques. Enfin, la représentation de chaque pathologie au sein de notre échantillon et les pourcentages de chaque type de greffe sont équivalents aux statistiques générales dans le domaine.

A retenir : En ce qui concerne les données sociodémographiques et médicales, notre échantillon est représentatif de la population générale des sujets qui ont cette pathologie et ce traitement. De même, nos deux groupes sont homogènes par rapport à ces caractéristiques.

1.2. Les variables dispositionnelles

Au sein de notre échantillon, 74.35% des patients présentent un niveau d'alexithymie intermédiaire (N=17 ; 43.5%) ou élevé (N=12 ; 30.7%). Ainsi, environ 25% (N=10) des patients ne sont pas alexithymiques. Rappelons ici que la majorité des études sont consensuelles sur le fait que les patients atteints de cancer ont tendance à avoir un niveau d'alexithymie plus élevé que les sujets non malades (Carta et al., 2000 ; Manna et al., 2007 ; Todarello et al., 1987 ; Lauriola et al., 2011). Messina et al. (2011) ont également trouvé que l'alexithymie était présente chez 34.2% des patients présentant un cancer hématologique.

Les analyses de corrélation ont trouvé que chez notre population, les patients alexithymiques ont eu recours à des stratégies de coping centrées sur l'émotion, (l'alexithymie est positivement liée à l'impuissance/désespoir [($r = 0,37$; $p < 0,05$, (T1) ; $r = 0,45$ (T2) et $r = 0,45$ (T3) ; $p < 0,01$] et aux préoccupations anxieuses [($r = 0,49$ (T1) ; $r = 0,60$ (T2) et $r = 0,59$ (T3) $p < 0,01$]). De même, l'alexithymie est liée à l'ajustement émotionnel : plus les sujets sont alexithymiques, plus ils sont anxieux [($r = 0,43$ (T1) ; $r = 0,55$ (T2) et $r = 0,52$ (T3) ; $p < 0,01$]] et dépressifs [($r = 0,45$; $p < 0,01$ (T1) ; $r = 0,40$ $p < 0,05$ (T2) et $r = 0,47$; $p < 0,01$ (T3)]. Par ailleurs, plus l'alexithymie est élevée plus la satisfaction corporelle est faible

[($r = - 0,51$; $p < 0,01$ (T1) ; $r = - 0,40$ (T2) et $r = - 0,38$ (T3) ; $p < 0,05$)] plus les domaines physique ($r = 0,32$ (T2) et $r = 0,33$ (T3) ; $p < 0,05$) et émotionnel ($r = 0,42$ (T2) ; $p < 0,01$) de la qualité de vie sont altérés. Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature où différentes études sont consensuelles sur le fait que l'alexithymie, en tant que trait de la personnalité, joue un rôle significatif et négatif sur l'ajustement émotionnel au cancer, et est liée à une qualité de vie moins bonne (Grassi et al., 2004 ; Mantani et al., 2006).

Concernant l'optimisme, le score moyen reste plutôt bas par rapport au score maximum ($\mu = 15,24$). Huffman et quatorze de ses collaborateurs (2005) ont trouvé que les optimistes ont des croyances en des issues plus favorables, qui induiraient un état général de bien-être psychologique mais aussi des réponses physiologiques optimales comme une meilleure efficacité des réponses immunitaires. Selon diverses études, les optimistes élaboreraient plus de stratégies d'ajustement actives face à l'adversité et ils seraient également plus persistants dans l'adoption de comportements sains (in Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Ceci nous invite à penser que les patients atteints d'une maladie physique sont moins optimistes.

Dans notre population, l'optimisme est négativement lié à la dépression [($r = - 0,54$ (T1) ; $p < 0,01$; $r = - 0,38$ (T2) ; $p < 0,05$ et $r = - 0,45$ (T3) ; $p < 0,01$)]. Ce même résultat est rapporté dans la majorité des études qui soulignent que l'optimisme prédit une symptomatologie anxio-dépressive moins importante (Gustavsson-Lilius et al., 2012). Mazanec et al. (2010) ont également trouvé que les patients optimistes ont des scores plus faibles de dépression. Par ailleurs, dans notre population, l'optimisme est lié positivement à l'esprit combatif [($r = 0,37$ (T2) et $r = 0,36$ (T3) ; $p < 0,05$)] et négativement à l'impuissance/désespoir [($r = - 0,42$ (T1) et $r = - 0,41$ (T2) ; $p < 0,01$)]. Büyükasik-Colak et al. (2012) ont également trouvé que l'optimisme était en lien positif avec des stratégies de coping centrées sur le problème. Enfin, chez nos patients, l'optimisme est corrélé positivement à une meilleure satisfaction corporelle.

A retenir : Les patients de notre échantillon sont en majorité plutôt alexithymiques et plutôt peu optimistes. Les liens trouvés entre ces deux variables dispositionnelles et les autres variables étudiées sont concordants avec les conclusions des différentes études réalisées dans ce domaine.

1.3. Les variables transactionnelles

Nos patients ont eu particulièrement recours à des stratégies de coping centrées sur le problème, avec des scores très élevés d'esprit combatif à l'échelle MAC. En revanche, ils ont eu peu recours aux stratégies de coping centrées sur l'émotion, avec des scores très bas d'impuissance/désespoir et des score moyens aux préoccupations anxieuses. Dans notre population, l'esprit combatif à T1, T2 et à T3 est aussi négativement lié à la symptomatologie dépressive à T1, à T2 et à T3 ($p < 0,01$ pour les neuf corrélations). L'esprit combatif à T1 est positivement lié à la QDV physique à T1 ($r = -0,37$; $p < 0,05$) à la QDV émotionnelle à T1 ($r = -0,34$; $p < 0,05$) à T2 ($r = -0,34$; $p < 0,05$) et à T3 ($r = -0,36$; $p < 0,05$). Par ailleurs l'esprit combatif à T2 est positivement lié à la satisfaction corporelle à T1 ($r = 0,34$; $p < 0,05$) et à T3 ($r = 0,35$; $p < 0,05$) ainsi qu'à la QDV émotionnelle à T2 ($r = -0,39$; $p < 0,05$) et à T3 ($r = -0,38$; $p < 0,05$). Enfin l'esprit combatif à T3 est négativement lié à la symptomatologie anxieuse à T2 ($r = -0,33$; $p < 0,05$) et positivement lié à la satisfaction du soutien social perçu à T3 ($r = 0,32$; $p < 0,05$) à la satisfaction corporelle à T2 ($r = -0,33$; $p < 0,05$) et à T3 ($r = 0,48$; $p < 0,01$) ainsi qu'à la QDV émotionnelle à T2 ($r = -0,40$; $p < 0,05$) et à T3 ($r = -0,41$; $p < 0,05$).

Par contre, les patients qui ont eu recours à des stratégies de coping centrées sur l'émotion (impuissance/désespoir et préoccupations anxieuses) ont une symptomatologie anxio-dépressive beaucoup plus importante, une satisfaction corporelle plus faible et une qualité de vie plus altérée (voir matrice de corrélations, annexe C.3. p : 361-364, tableau 178).

Dans la revue de la littérature, nous avons conclu que les études étaient consensuelles sur le fait que les stratégies de coping centrées sur le problème s'avéraient plus efficaces dans le cadre de la maladie cancéreuse (Al-Azri et al., 2009 ; Cayrou et Dickes, 2008 ; Cotton et al., 1999). Nous avons aussi conclu que l'esprit combatif était en lien positif avec un meilleur ajustement émotionnel (Evans et al., 1993), et une meilleure qualité de vie (Allart et al., 2013). Le fait que nos patients aient eu particulièrement recours à l'esprit combatif, et ceci tout au long de la période de crise (les 100 jours post-greffe), peut expliquer les scores moyens/faibles à l'anxiété et la dépression état. De même, le fait que la qualité de vie reste peu altérée peut être expliqué par le fait que les patients ont eu recours à des stratégies de coping centrées sur le problème.

Nos patients éprouvent aussi une satisfaction quant au soutien social perçu plutôt élevée ($\mu = 53,21/80$). Dans notre population, la satisfaction relative au soutien social perçu à T3 est corrélée positivement à une meilleure satisfaction corporelle à T2 ($r = 0,36$; $p < 0,05$) et à T3 ($r = 0,46$; $p < 0,01$), à une meilleure QDV physique à T3 ($r = - 0,35$; $p < 0,05$) et à une symptomatologie dépressive moins élevée à T3 ($r = - 0,32$; $p < 0,05$). Ces résultats sont également congruents avec diverses études mentionnées dans la revue de question (Cavusoglu et Saglam, 2015 ; Hochhausen, 2007). Grassi et al. (1997) ont également trouvé qu'un soutien social pauvre figurait parmi les prédicteurs les plus importants d'une symptomatologie dépressive ultérieure. Le fait que nos patients éprouvent une satisfaction quant au soutien social dont ils pensent pouvoir disposer pourrait donc être mis en corrélation avec ces scores moyens/faibles d'anxiété et de dépression état, et élevés de qualité de vie.

A retenir : Les stratégies de coping centrées sur le problème, utilisées massivement par nos patients (esprit combatif), ainsi qu'une satisfaction élevée quant au soutien social perçu sont parmi les facteurs les plus significativement associés à un meilleur ajustement émotionnel, à une qualité de vie satisfaisante et à une perception favorable de son corps.

1.4. Les critères d'ajustement ou issues à prédire.

L'ajustement émotionnel

Dans notre échantillon, 33% (N=13) des patients ont une symptomatologie anxieuse modérée et 17.9% (N=7) une symptomatologie anxieuse sévère. D'autre part, 7.7% (N=3) des patients rapportent une symptomatologie dépressive modérée et 7.7% (N=3) une symptomatologie dépressive sévère (annexe C.3. p. 364, tableau : 179). Ces résultats sont identiques à ceux trouvés dans la littérature (Santos et al., 2006 ; Romito et al., 2008 ; Linden et al., 2012 ; Maass et al., 2015).

Les scores moyens de l'état anxio-dépressif dans chacun de nos deux groupes restent relativement bas (selon les seuils de Lepine et al., 1985). Pour le groupe contrôle, la moyenne à T1 se situe entre le seuil d'une absence de symptomatologie anxieuse et de la présence d'une symptomatologie anxieuse modérée. Pour le groupe expérimental la moyenne est au seuil de la présence d'une symptomatologie anxieuse modérée.

La satisfaction corporelle

La moyenne de notre échantillon à l'échelle de satisfaction corporelle s'élève à 61,44/95 à T1, à 59,49/95 à T2 et à 65,85/95 à T3. Koleček et al., ont trouvé que chez 148 patients atteints de cancer la moyenne obtenue au QIC s'élevait à 72,16/95 pour les hommes et à 77,84/95 pour les femmes. Nous pouvons conclure que l'image du corps de nos sujets est plus altérée, ce qui peut correspondre aux conclusions de la littérature selon lesquelles les patients ont une image du corps très altérée au cours de leur prise en charge pour greffe de moelle (Polomeni, 2011 ; Russel et al., 2011).

La qualité de vie

Nous constatons que la qualité de vie moyenne des sujets de notre échantillon est relativement bonne et stable, et ce, pour les quatre domaines étudiés. Ce résultat n'est pas tout

à fait concordant avec la littérature. Dans la revue de la littérature, nous avons conclu que la QDV physique est très affectée au moment de la greffe, que le domaine émotionnel est celui le plus compromis avant et tout de suite après la greffe, et que la QDV globale est également très éprouvée au moment de la greffe. Les auteurs précisent qu'une nette amélioration existe dans ces trois domaines de la QDV entre le 30 et 100 premiers jours après la greffe. Ils précisent aussi que ces domaines de la qualité de vie continuent à s'améliorer avec le temps (Syrjala et al., 2004 ; McQuellon et al., 1998 ; Bevans et al., 2006 ; Broers et al., 2000 ; Chang et al., 2005).

De même, dans la littérature, les études sont consensuelles sur le fait que les prédicteurs d'une altération de la QDV sont la symptomatologie anxio-dépressive et la présence d'une GVH (réaction du greffon contre l'hôte) (El-Jawahri et al., 2015 ; Janicsak et al., 2013). Rappelons ici qu'au sein de notre échantillon les moyennes de l'anxiété état et de la dépression sont assez basses. Par ailleurs, rappelons aussi que nous avons exclu les patients présentant une GVH ayant nécessité une hospitalisation la semaine qui a précédé l'évaluation. Nous pensons alors que le faible impact de la greffe de moelle osseuse dans les domaines physique, cognitif, émotionnel et global de la QDV, rapporté par nos patients, est expliqué par la faible symptomatologie anxio-dépressive de notre échantillon ainsi que par l'absence de patients présentant une GVH sévère.

A retenir : Nos patients éprouvent en moyenne une QDV physique, cognitive, émotionnelle et globale relativement bonne et stable dans le temps.

Conclusion

En conclusion, nous constatons que nos patients ont, de façon étonnante, une qualité de vie peu affectée et un état anxio-dépressif relativement bas. D'autre part, il s'agit de sujets particulièrement combattifs. Dans ce contexte pourtant très anxiogène qu'est la greffe de

moelle osseuse, nous pouvions nous attendre à des niveaux d'anxiété et de dépression plus élevés ainsi qu'à un recours plus massif à des stratégies de coping centrées sur l'émotion. Nous nous interrogerons alors sur le fait que les évaluations standardisées telles que le sont les auto-questionnaires que nous avons utilisés dans cette étude, peuvent se heurter à des résistances inconscientes et à un désir (besoin ?) de réprimer ses affects négatifs et de se montrer combatif et fort, aussi bien pour soi-même que pour son proche entourage et l'équipe soignante. Quintard (1994), dans sa recherche doctorale portant sur 64 hommes opérés d'un cancer du poumon, avait également constaté que ces patients rapportaient des scores très faibles d'anxiété état au STAI de Spielberger et al. (1983) et très élevés de satisfaction corporelle au QIC de Bruchon-Schweitzer (1987). Ces scores, rendant compte d'un bon ajustement psycho-émotionnel, contrastaient avec les réponses "Barrière" et "Pénétration" (ces dernières étant 2 fois plus élevées que les premières)¹² données par les sujets au test projectif Z¹³ (Zulliger, 1893-1965 ; date de création non connue). Cet auteur a émis l'hypothèse selon laquelle les méthodes d'évaluation directes (auto- et hétéro-questionnaires) de l'état anxio-dépressif peuvent se heurter à la désirabilité sociale des sujets, à la différence des méthodes indirectes (dessins, tests projectifs, entretien) qui seraient plus propices à favoriser l'expression d'affects négatifs, notamment anxio-dépressifs (comme l'ont montré, dans sa recherche, les réponses à contenu très dysphorique des sujets aux planches du test Z).

¹² Fisher et Cleveland (1958), au cours de leurs recherches sur l'image du corps et la personnalité, ont isolé dans les réponses à l'épreuve du Rorschach deux indices significatifs de la perception de l'enveloppe corporelle :

- les réponses Barrière ("Barrierresponses") impliquent une surface protectrice (membrane, coquille ou peau) qui pourrait symboliquement être mise en rapport avec la solidité des frontières corporelles. L'indice B est calculé en comptant le nombre de réponses, données à une épreuve projective, qui impliquent des limites précises, des surfaces protectrices, des formes contenant (peaux d'animaux, parapluie, auvent, fusée, etc.). Un score B élevé est significatif d'un bon ajustement aux stressors médicaux et hospitaliers (Fisher, 1986).

- les réponses Pénétration ("Penetration of boundariesresponses") impliquent l'expression symbolique d'un sentiment subjectif selon lequel le corps n'a qu'une faible valeur protectrice et peut être pénétré. L'indice P est calculé en comptant le nombre de réponses se référant à des limites détruites, percées, éclatées (blessure, déchirure, saignement, orifices corporels, etc.)

Un score B élevé, significatif d'un bon ajustement, doit s'accompagner d'un score P bas (Fisher, 1986).

¹³ Le test Z de Zulliger est un test projectif apparenté au test de Rorschach. Il est constitué de 3 planches. Sa date de publication exacte est inconnue. Toutefois, le psychanalyste Hans Zulliger (1893/1965) élabore le Z pendant la seconde guerre mondiale comme un test de dépistage des troubles caractériels. Contrairement au Rorschach utilisé strictement en passation individuelle, le Z peut être appliqué simultanément à un nombre élevé de sujets.

Cet étonnant ajustement psycho-émotionnel des sujets de notre échantillon pourrait également être l'expression d'une répression émotionnelle, caractéristique largement décrite dans la littérature en psycho-oncologie et considérée par nombre d'auteurs comme pouvant constituer le noyau central du type C de personnalité¹⁴ (Greer et Morris, 1979, 1990 ; Watson, 1991, 1999). Selon ces auteurs, les sujets de type C seraient de faux non-anxieux, ce que confirmeraient des scores élevés de désirabilité sociale (au questionnaire de Crowne et Marlowe, 1960) et faibles d'anxiété état et de dépression état (au STAI de Spieberger, 1983), à la différence des sujets réellement non anxieux chez lesquels les scores faibles d'état anxio-dépressif s'accompagnent de scores faibles de désirabilité sociale (Eysenck, 1989).

2. Discussion des résultats relatifs aux hypothèses

2.1. Impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique sur l'état anxio-dépressif des patients, leur image du corps et leur qualité de vie.

Notre première hypothèse portait sur l'impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique (versus suivi psychologique traditionnel) sur l'ajustement émotionnel, l'image du corps et la qualité de vie des patients à court (45 jours post greffe = T2) et à moyen terme (100 jours post greffe = T3).

Afin d'évaluer l'impact de cette prise en charge, nous avons procédé de deux manières.

- dans un premier temps, nous avons exploré les différences intergroupes (GE vs GC). Plus précisément, nous avons comparé les scores de deux groupes à l'état anxio-dépressif, à la QDV et la satisfaction corporelle aux trois temps, nous avons donc évalué les différences inter-groupes ;

¹⁴ Le Type C de personnalité comprendrait une attitude coopérative, patiente, apaisante, non hostile, une absence d'affirmation de soi, du stoïcisme, de l'impuissance-désespoir et des préoccupations religieuses. Cette façade agréable serait maintenue au prix d'efforts constants. Les sujets de type C seraient des "répresseurs" au sens de Byrne (1964), des faux non anxieux, n'arrivant pas à exprimer leurs émotions négatives (anxiété, colère) (in Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

- dans un second temps, nous avons observé les variations de l'état anxio-dépressif, de l'image du corps et de la qualité de vie aux 3 temps de l'étude, dans chacun de nos deux groupes (différences intra-groupes).

2.1.1. Impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique sur l'ajustement émotionnel

Les résultats montrent que les différences entre les deux groupes au niveau de la symptomatologie anxio-dépressive à T1, à T2 et à T3 ne sont pas significatives.

Conséquemment à ces résultats, les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique ne présentent pas une symptomatologie anxio-dépressive significativement moins importante à T2 et à T3 que les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par le suivi psychologique traditionnel.

Comme cela a été évoqué auparavant, les scores moyens à l'anxiété état et à la dépression état à T1 sont relativement bas. Ceci peut expliquer en partie le fait que la prise en charge ne pourrait pas intervenir afin de diminuer de manière significative la symptomatologie anxio-dépressive des patients à T2 et à T3 puisque les score moyens de l'anxiété état et de la dépression état sont déjà très bas à T1 (baseline), et ce, pour nos deux groupes. Une autre raison pourrait résider dans le fait qu'aussi bien la prise en charge par la relaxation que le suivi psychologique traditionnel sont des interventions censées avoir un impact positif sur l'état anxio-dépressif.

Contrairement, aux différences intergroupes qui ne s'avèrent pas significatives, les différences intragroupes, quant à elles, sont significatives au sein du groupe expérimental au niveau de l'anxieux état : les résultats montrent qu'il y a une diminution significative de la symptomatologie anxieuse avec le temps pour les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation. Plus précisément, à T3 ces patients éprouvent significativement moins d'anxiété qu'à T1 et à T2. En revanche, chez les patients ayant eu un suivi

psychologique traditionnel, l'anxiété reste quasiment stable et il n'y a aucune évolution positive dans le temps à court ou à moyen terme.

Par contre, au niveau de la symptomatologie dépressive, il n'y a pas des variations significatives dans le temps suite à une prise en charge psychologique (suivi psychologique traditionnel ou relaxation psychothérapique).

Goerling, Jaeger, Walz, Stickel, Mangler et Van der Meer (2014) ont comparé deux types d'interventions psychologiques chez des femmes atteintes de cancer gynécologique : un groupe a bénéficié d'un suivi psychologique et le second de séances de relaxation (les auteurs ne précisent pas la méthode utilisée). Dans le groupe "relaxation", il y a une diminution significative de la symptomatologie anxieuse avec le temps ($p = 0,003$), une diminution du stress perçu ($p = 0,031$) mais pas de modification au niveau de la symptomatologie dépressive. Dans le groupe "suivi psychologique", ces auteurs ont observé une diminution de la symptomatologie anxio-dépressive ($p = 0,001$) mais pas de modification au niveau du stress perçu. Ainsi, les résultats de notre recherche étayent l'hypothèse selon laquelle, contrairement au suivi psychologique traditionnel, la prise en charge par la relaxation psychothérapique favoriserait une diminution de l'anxiété dans le temps. Nous pourrions penser que si le suivi psychologique traditionnel ne s'accompagne pas d'une diminution de l'anxiété, il permet cependant aux patients de maintenir leur anxiété assez basse tout au long de la période aigüe (les 100 jours qui ont suivi la greffe de moelle osseuse).

Au niveau clinique nous avons observé que les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique, exprimaient un état d'apaisement et de bien-être suite à la séance de relaxation, comme en témoignent ces paroles des patients après la séance, au moment de l'élaboration autour du vécu : *"Je me sens apaisé", "je me sens calme", "Qu'est ce que ça me fait du bien", "je me sens beaucoup moins anxieux", "cette séance m'a permis de me vider", "j'ai réussi à évacuer les pensées négatives", "je me sens mieux"*.

Ranty (1990, 2001) a insisté sur le fait que la relaxation psychothérapique est particulièrement indiquée chez les sujets très anxieux, du fait même de la particularité de sa méthodologie d'intervention (état autogène, voix, et toucher) qui diminuent l'anxiété et apporte au sujet anxieux un "bon objet sécurisant". La prise en charge par la relaxation psychothérapique va avoir ainsi une fonction anxiolytique aussi bien sur le moment que dans le long terme. Ranty (1990) a suggéré également que la relaxation psychothérapique est de très bonne indication pour la prise en charge de la symptomatologie anxieuse et dépressive parce qu'elle va offrir la possibilité au sujet d'acquiescer "un bon objet interne".

Nos observations cliniques nous confortent dans cette idée. Le bénéfice de la séance reste, selon ces observations, indéniable sur le moment et la relation transférentielle a une place importante. Quelle que soit la méthode de prise en charge psychologique des patients, la parole est libératrice. Mais nous avons observé que dans le cadre de la relaxation psychothérapique elle l'est encore plus. L'état autogène est un état régressif sur le plan topique. Ranty (1990) insiste sur le fait que dans le cadre de la relaxation, l'état autogène, la fermeture des yeux, le silence et la concentration mentale sur le corps, favorisent un désinvestissement du monde extérieur. Cet état va permettre au patient d'élaborer plus facilement autour des sujets réprimés que dans le cadre d'une psychothérapie verbale. Après la séance, les patients se sentent "évadés".

En ce qui concerne la dépression état, rappelons que le score moyen de la dépression état reste bas pour notre échantillon. Selon les seuils de Lepine et al. (1985), nos patients ne présentent pas de symptomatologie dépressive (Score inférieur à 7), que ce soit à T1, T2 ou T3. Ceci peut expliquer en partie le fait que la prise en charge ne pourrait pas intervenir afin de diminuer de manière significative la symptomatologie dépressive des patients à T2 et à T3 puisque le score moyen la dépression état est déjà bas à la baseline (T1) pour nos deux groupes. Cependant, il n'est pas exclu de penser que les interventions ont peut être permis de maintenir la dépressivité de nos patients à un niveau bas, tout au long de la période aiguë.

Afin d'aller un peu plus loin et d'observer ce qui se passe en fonction de la prise en charge chez les patients présentant une symptomatologie dépressive, nous avons isolé six patients de notre échantillon présentant une symptomatologie dépressive modérée ou sévère à T1 (N=2 pour le GC et N=4 pour le GE). Nous avons observé que la symptomatologie dépressive modérée ou sévère à T1 chez les patients du GC reste stable à T2 et à T3. En revanche, la symptomatologie dépressive modérée à T1 ($\mu = 9,50$) chez les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique, diminue à T2 ($\mu = 7,75$) et encore plus à T3 ($\mu = 5,25$). Nous pourrions donc supposer que la prise en charge par la relaxation psychothérapique a un impact positif chez les patients présentant une symptomatologie dépressive modérée à T1, tandis que le suivi psychologique traditionnel n'a pas d'impact sur les patients de notre échantillon présentant une symptomatologie dépressive modérée ou sévère. Cette hypothèse mériterait beaucoup plus d'approfondissement et nous devons rester très prudents car il s'agit seulement d'observations et, qui plus est, sur un échantillon particulièrement faible.

2.1.2. Impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique sur l'image du corps

Il n'y a pas de différences significatives au niveau du score de satisfaction corporelle entre les deux groupes, que ce soit à T1, T2 ou T3.

Toutefois, nous observons des différences significatives au niveau intragroupe. Les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique ont une meilleure satisfaction corporelle à T3 qu'à T2. Au contraire, nous ne trouvons pas la même tendance au sein du groupe contrôle, où le suivi psychologique traditionnel ne semble pas apporter d'amélioration significative au niveau du score de satisfaction corporelle avec le temps.

Ce résultat est concordant avec les conclusions de Bruchon-Schweitzer (1990) selon lesquelles les activités corporelles telles que le yoga ou la relaxation "modifient les images du

corps et induisent une augmentation de la satisfaction corporelle et une diminution de l'anxiété corporelle". Selon elle, "ces modifications ne sont significatives que si ces expériences sont vécues comme corporellement agréables, si elles sont durables et si elles permettent au sujet de verbaliser ce qu'il désire et éprouve au sein d'une relation personnalisée avec l'animateur". Ce qui correspond tout à fait à nos observations cliniques ainsi qu'à la méthodologie de la prise en charge par la relaxation.

Selon nos observations cliniques, après une séance de relaxation, le corps est investi sur un autre registre. Il n'est plus seulement un corps malade qu'on ignore, redoute ou rejette mais il devient à nouveau un lieu de sensations agréables et positives, au moins sur l'instant, source de bien-être, malgré le contexte de la maladie et de la lourdeur de la thérapeutique médicale. Il devient un support à partir duquel les sujets sont invités à élaborer autour de ces sensations positives et à les pérenniser. Nos patients nous parlent d'une chaleur agréable évoquée par le toucher, de sensations agréables de légèreté, de flottement et d'instant de bien-être consécutifs à la séance considérée dans son ensemble. Au contraire, dans le cadre de la prise en charge par un suivi psychologique traditionnel, les patients restent très souvent dans le présent, centrés sur leur symptomatologie physique ; le corps est fréquemment évoqué dans un registre de plainte et de souffrance, parce que les patients sont fatigués, douloureux.

Afin d'aller un peu plus loin dans nos considérations, nous avons regardé plus précisément les réponses des patients à certains items du questionnaire d'image du corps. Nous avons constaté que, de façon quasi systématique, les sujets du groupe expérimental perçoivent leur corps comme plus tendre et chaleureux (item 9), un corps qui exprime plus l'apaisement que la colère (item 10), un corps que l'on montre (items 12) et que l'on touche (items 8), et ce, plus à T3 qu'à T1 et à T2. Au sein du groupe de contrôle nous n'observons pas ce type de variations. Cependant nous resterons encore très prudent quant à cette piste de réflexion car ce ne sont que des constats de surface qui nécessiteraient beaucoup plus d'approfondissement.

Au regard de ces résultats et de ces observations, nous pourrions donc penser que la relaxation psychothérapique a un impact positif sur l'image du corps dans le moyen terme, et que cet effet est important même chez les patients ayant une image du corps particulièrement altérée par la maladie et les traitements.

2.1.3. Impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique sur la qualité de vie

Comme cela a été évoqué précédemment, les patients de notre population rapportent une qualité de vie peu affectée à T1 et plutôt stable à T2 et à T3. Les résultats ne montrent pas des différences significatives entre les deux groupes au niveau des quatre domaines de la qualité de vie. Nous pourrions donc dans un premier temps émettre l'hypothèse que les deux formes de prises en charge s'avèrent plutôt égales, voire efficaces, pour le maintien de la qualité de vie à court et à moyen terme. Cette idée pourrait être confortée par le fait qu'il n'y a pas non plus des différences significatives intragroupes dans les domaines cognitif, émotionnel et global de la QDV avec le temps, et ce, quel que soit le groupe considéré.

En revanche, des différences significatives sont observées pour la QDV physique dans le groupe expérimental : ces modifications vont dans un sens négatif à court terme (T2) et dans un sens positif avec le temps (T3), ce qui correspond aux conclusions de la littérature (Syrjala et al., 2004 ; Altmaier et al., 2006 ; Bevans et al., 2006 ; Scultz-Kindermann et al., 2007). Au contraire, au sein du groupe contrôle, nous n'observons pas de différences significatives au niveau de la QDV physique à court ou à moyen terme, ce domaine de la qualité de vie restant stable et quasiment identique aux cours des trois évaluations. Ce résultat est très étonnant. Nous avons évoqué auparavant que le fait de rapporter un état anxio-dépressif bas ainsi que l'exclusion des patients ayant une GVH sévère (attaque du greffon contre l'hôte) pourrait expliquer que la qualité de vie reste stable chez les sujets de notre population. Mais si tel est le cas, pourquoi chez les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation, la QDV physique est significativement altérée ? Est-ce que la

relaxation psychothérapique a mis les sensations corporelles au premier plan, ce qui a pu inviter les patients à évaluer leur QDV physique comme significativement moins bonne à la sortie de l'hôpital qu'en début de traitement ? Est-ce que les séances n'ont eu un impact positif que dans le long terme ?

A retenir : En conclusion, la relaxation psychothérapique favoriserait une diminution significative de la symptomatologie anxieuse chez les patients hospitalisés en secteur stérile pour une greffe de moelle osseuse. Tout comme pour le suivi psychologique traditionnel, elle permet de maintenir la symptomatologie dépressive à des niveaux bas tout au long de la période de crise (les 100 premiers jours post greffe de moelle osseuse). Qui plus est, et au contraire de suivi traditionnel, elle permet aussi une amélioration de la satisfaction corporelle avec le temps. Enfin, en ce qui concerne la qualité de vie, les deux prises en charge permettraient aux patients de maintenir une bonne qualité de vie, mais ce point mériterait d'être plus exploré dans des recherches ultérieures.

2.2. Impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique chez les patients selon le niveau de l'alexithymie et le niveau d'optimisme

Notre deuxième hypothèse explorait le rôle modérateur de deux traits de la personnalité, l'alexithymie et l'optimisme, sur l'impact d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique ou par un suivi psychologique traditionnel, chez les patients hospitalisés en secteur stérile pour une greffe de moelle osseuse. Ceci, en termes d'ajustement émotionnel, de satisfaction corporelle et de qualité de vie.

Les résultats ont montré que les patients alexithymiques, ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique, éprouvaient une symptomatologie dépressive significativement moins importante à T3 ainsi qu'une qualité de vie cognitive et émotionnelle moins altérée à T3 que leurs homologues du groupe contrôle. Ces résultats confirment en

partie notre hypothèse selon laquelle l'impact de la prise en charge est d'autant plus important que les sujets rapportent un niveau d'alexithymie élevé.

Ces résultats ne sont pas conformes à ceux de Lumley, Neely et Burger (2007) qui concluent que l'alexithymie est une des caractéristiques des patients qui affectent le plus défavorablement l'issue de prises en charge thérapeutiques. Mais ils corroborent ceux d'Ogrodniczuk et al. (2011) qui rapportent que les patients alexithymiques sont particulièrement sensibles à une psychothérapie de groupe. De même, Spek et al. (2008) ont souligné que les patients alexithymiques pourraient voir leur symptomatologie dépressive diminuer de façon significative après une psychothérapie cognitivo-comportementale. Rantty (1990) a montré tout l'intérêt que peut avoir une prise en charge par la relaxation psychothérapique chez les sujets psychosomatiques, souvent handicapés dans leur capacité à recourir à l'élaboration symbolique (mise en mots de leur mal-être) et chez lesquels la prévalence de l'alexithymie est très importante (Sifneos, 1972 ; Acklin et Alexander, 1988 ; Keltikangas, 1985). Cet auteur a constaté que chez certains patients psychosomatiques, la prise en charge par la relaxation psychothérapique pouvait, sur ce point, s'avérer intéressante, voire particulièrement efficace, contrairement à d'autres méthodes non psychocorporelles qui souvent échouaient sur cette population.

Chez les patients du groupe contrôle qui ont un score d'alexithymie élevé, nous n'observons pas de variation des scores avec les temps, et ce, quelle que soit la variable explorée : anxiété état, dépression état, satisfaction corporelle et qualité de vie.

Sur le plan clinique, nous avons observé que chez les patients dont les capacités d'élaboration étaient difficiles voire impossibles, la séance de relaxation avait à la fois un effet immédiat de bien-être et de détente mais leur permettait également d'élaborer un peu plus autour de leur vécu. Au contraire, chez les patients alexithymiques à qui nous avons proposé un suivi psychologique traditionnel, les échanges étaient très limités, souvent même impossibles.

Ce résultat nous semble particulièrement intéressant, d'autant que les études dans ce domaine sont particulièrement rares.

En ce qui concerne l'optimisme, les résultats ont montré que la prise en charge par la relaxation psychothérapique a un impact positif plus important sur la qualité de vie physique et émotionnelle à T3 quand le niveau d'optimisme est élevé. Contrairement à nos attentes, l'optimisme n'influence pas l'impact de la prise en charge par la relaxation au niveau de l'ajustement émotionnel, de la satisfaction corporelle et des autres domaines de la qualité de vie. De même, dans le groupe contrôle, l'optimisme n'influence pas l'impact de la prise en charge sur l'ajustement émotionnel, la satisfaction corporelle et la qualité de vie.

A retenir : L'alexithymie et l'optimisme en tant que traits de la personnalité peuvent influencer favorablement l'impact à moyen terme d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique sur certains aspects de l'ajustement émotionnel ainsi que sur certains domaines de la qualité de vie, chez les patients allogreffés.

2.3. Influence des variables transactionnelles sur l'impact de la prise en charge par la relaxation.

Notre troisième hypothèse concernait le rôle médiateur, d'une part, des stratégies de coping mis en place par les patients et d'autre part, de la satisfaction quant au soutien social perçu sur l'impact de la prise en charge par la relaxation. Nous avons fait une analyse de médiation et avons fait le choix de prendre en compte l'état émotionnel, la satisfaction corporelle et la qualité de vie des patients à T3, et les scores aux stratégies de coping à T2 et à la satisfaction du soutien social à T2. Ce choix s'est porté sur le fait que pour que les stratégies de coping aient un rôle de médiateur sur l'impact de la prise en charge par la relaxation psychothérapique, elles étaient mises en place auparavant. Concernant la satisfaction quant au soutien social perçu, le même principe a guidé notre choix.

L'analyse de médiation s'est arrêtée à la première étape puisqu'aucune régression ne s'est avérée significative au niveau de l'impact de la prise en charge (suivi psychologique traditionnel versus relaxation psychothérapique) sur l'ajustement émotionnel, la satisfaction corporelle et la qualité de vie. Des recherches ultérieures portant sur d'autres effectifs seront nécessaires afin de mettre à l'épreuve une telle médiation.

A retenir : Nous pourrions rappeler qu'un score élevé au coping centré sur le problème et un score plutôt élevé à la satisfaction du soutien social perçu pourraient expliquer en partie le bon ajustement émotionnel et la bonne qualité de vie chez notre population.

CONCLUSION DE LA DISCUSSION

Au regard des résultats obtenus, ainsi que de nos observations cliniques de l'étude qualitative, nous soulignerons que les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation sont significativement moins anxieux avec le temps. Même les patients présentant une symptomatologie anxieuse sévère face à leur maladie et face à la thérapeutique de la greffe de moelle osseuse, sont sensibles aux facteurs de changement que peut induire la relaxation psychothérapique, et une diminution conséquente de leur anxiété état est alors observée. Ainsi, même dans un contexte médical spécifique et extrêmement délicat, la relaxation psychothérapique peut être une très bonne indication de prise en charge des sujets anxieux.

S'agissant de la symptomatologie dépressive, les résultats de l'étude sont peu concluants. Le fait que, selon les seuils établis par Lepine et al. (1985), les patients ne présentent en moyenne pas de symptomatologie dépressive est certainement une des raisons pour lesquelles les résultats sont peu concluants. Toutefois, nous observons une diminution de la symptomatologie dépressive chez les patients ayant bénéficié de la relaxation psychothérapique chez un échantillon, certes assez faible (N=6), présentant une

symptomatologie dépressive modérée ou sévère. Nos observations cliniques valident à notre sens cette idée. Selon Ranty (1990), la relaxation psychothérapique a fait ses preuves auprès des patients dépressifs. Mais dans le cadre de la greffe de moelle osseuse pour un cancer hématologique, son impact reste à démontrer.

Au niveau de l'image du corps, les patients ayant bénéficié de la relaxation psychothérapique éprouvent une meilleure satisfaction corporelle. Le corps n'est donc plus seulement un corps malade mais redevient, pour quelque temps, un lieu de sensations agréables, un lieu de bien-être, une partie intégrante du sujet, finalement, un lieu plus sécurisant.

Par ailleurs, les résultats de cette étude suggèrent que la prise en charge par la relaxation psychothérapique, en comparaison d'un suivi psychologique traditionnel, est à l'origine d'un mouvement positif au niveau de la qualité de vie physique dans le moyen terme.

Chez les patients alexithymiques qui ont donc des difficultés à exprimer, à identifier et à décrire leurs émotions, la relaxation psychothérapique semble non seulement les intriguer mais aussi leur apporter une plus-value. Rappelons ici que ces patients, souvent peu intéressés par un suivi psychologique, ont des difficultés à élaborer autour de leurs émotions ce que peut traduire ces barrages à n'importe quelle forme de symbolisation verbale. La deuxième variable dispositionnelle que nous avons étudiée, l'optimisme, renforce aussi l'impact positif de la relaxation psychothérapique auprès de cette population au niveau de la qualité de vie physique et émotionnelle. Enfin, un effet de médiation de nos variables transactionnelles (stratégies de coping, soutien perçu) n'est pas constaté.

PARTIE III : ETUDE QUALITATIVE

Dans cette troisième partie, nous présentons deux cas cliniques de patients hospitalisés pour une greffe de moelle osseuse en secteur stérile, qui ont accepté de participer à l'étude et qui ont fait partie du groupe expérimental. Nous souhaitons, par la présentation de ces deux sujets que nous avons suivis tout au long de leur hospitalisation, illustrer la complexité des enjeux associés à une prise en charge par la relaxation psychothérapique, eu égard à la spécificité de la pathologie (maladie cancéreuse), du traitement (greffe de moelle osseuse) et du contexte d'hospitalisation (secteur stérile).

CHAPITRE I : PRESENTATION ET ANALYSE DE CAS CLINIQUE

Dans ce premier chapitre, nous rapportons deux cas cliniques de sujets hospitalisés en secteur stérile pour greffe de moelle osseuse et qui ont été inclus dans le groupe expérimental de la recherche. Après avoir posé quelques éléments relatifs à leur anamnèse, nous présentons le déroulement, séance par séance, de leur prise en charge par la relaxation psychothérapique en insistant sur les facteurs de changement consécutifs à cette prise en charge.

1. Cas Clinique N°1, Marie, 22 ans

1.1. Le contexte, l'anamnèse et le moment de l'hospitalisation

Le contexte

Marie a accepté de participer à l'étude lors de son bilan pré-greffe et a intégré le groupe expérimental (prise en charge avec relaxation). Dans ce cadre, nous sommes allée à sa rencontre au moment de son hospitalisation. Marie est une jeune femme de 22 ans qui vit seule depuis peu de temps après une séparation récente d'avec son petit ami. Ses parents sont divorcés depuis plusieurs années et elle vient de reprendre contact avec son père suite à l'annonce de sa maladie et après plusieurs années de rupture de liens. Elle a une sœur et deux

demi-frères. Lors de notre première rencontre, elle est hospitalisée en secteur stérile pour la réalisation d'une greffe de sang de cordon, conséquemment à un diagnostic de leucémie aigüe myéloblastique qui nécessite un tel traitement.

L'Anamnèse

Marie nous explique que peu de temps avant l'annonce du diagnostic, elle était plongée dans un état de déprime depuis plusieurs mois avec une détresse émotionnelle importante, une tristesse profonde, ainsi que des idées suicidaires. Au cours de cette période, elle était 'repliée sur elle-même', prostrée, ne sortant qu'en de rares occasions. Son histoire de vie a été marquée par des violences physiques au sein de sa famille, qui l'ont obligée à quitter le foyer familial à l'âge de 17 ans. Elle décrit sa mère comme absente et quelqu'un en qui elle ne sait pas si elle peut faire confiance ; leur relation est conflictuelle, empreinte d'une sourde colère du côté de Marie. Sa vie de jeune femme a été aussi récemment marquée par une fausse-couche d'un petit garçon, après trois mois de grossesse. A ce jour, elle ne semble pas avoir fait le deuil de cet enfant parce qu'elle parle de lui au présent de l'indicatif, comme s'il était encore vivant. C'est à la suite de cet évènement qu'elle s'est séparée de son ami.

Le moment de l'hospitalisation

La perspective d'une greffe de moelle osseuse semble créer chez Marie un état important d'excitation psychomotrice. *"Je suis très contente, tout s'est fait très vite, j'ai juste peur du rejet"*, dit-elle d'une voix monocorde presque sans affect négatif associé. *"Il paraît que ça marche bien cette méthode"*, poursuit-elle. Elle dit qu'elle se sent bien et nous fait part de son étonnement par rapport à son absence d'émotions négatives (ce qui lui semble paradoxal). Elle se montre battante, volontaire et prête à tout pour s'en sortir et vaincre la maladie. Le seul moment de l'entretien où Marie laisse apparaître une émotion, est lorsqu'elle nous fait part de sa peur de se retrouver seule, sans réel soutien, de se sentir abandonnée. Elle

décrit son père comme trop présent, presque envahissant depuis l'annonce de la maladie ; il vient la voir tous les jours, alors qu'elle juge sa mère comme trop absente. Elle semble très affectée par cette situation qui est loin de lui procurer un soutien efficace pour l'aider à faire face à l'incertitude, à l'inconnu de sa maladie.

Au cours de cette première rencontre, Marie confirme sa participation à l'étude et nous l'invitons à compléter le premier temps du protocole qu'elle nous donnera quelques jours plus tard.

1.2. Les séances de relaxation psychothérapique

Durant la période en secteur stérile qui a duré 43 jours, nous avons proposé à Marie 10 séances de relaxation psychothérapique Méthode Sapir, à raison de 2 séances par semaine, conformément au protocole de recherche décrit au chapitre V (sous-chapitre 2.4.). Chaque séance a duré 45 minutes environ.

Séances 1 et 2 : J7 et J10¹⁵

Au cours de la première séance, nous avons invité Marie à laisser venir les sensations dans l'ensemble de son corps, puis à penser à une image ou un son. Vers la fin de la séance, un toucher est fait au niveau de ses deux épaules et tout au long de ses bras. Au moment de la reprise, Marie nous regarde pour la première fois dans les yeux ; toutefois son regard est hésitant. Lors de cette première séance de découverte, Marie nous dit qu'elle était bien, qu'elle s'est sentie évadée de tout ; elle ne pensait à rien ; c'était le vide complet et c'était agréable. Elle nous confie aussi que le toucher lui a fait quelque chose mais qu'elle n'arrive pas à le décrire pour l'instant : *"je ne me laisse pas toucher facilement ; là je me suis laissée faire et c'était bien"*. Au niveau de son corps, elle dit ne pas avoir ressenti "grand-chose" : *"vous m'auriez tournée dans tous les sens, je me serais laissée faire"*. Après un court instant

¹⁵ Séances réalisées 7 jours (J7) et 10 jours (J10) après la greffe de moelle osseuse

de silence, elle dit qu'après notre précédente rencontre (celle où nous lui avons proposé de faire de la relaxation), elle a fait une crise d'angoisse et elle a "*lâché les nerfs*". Elle insiste sur ce point et fait un lien entre le fait de nous avoir parlé et cette crise d'angoisse.

Au cours de la 2ème séance, nous avons invité Marie à chercher une sensation de pesanteur au niveau de son bras droit et nous avons fait un toucher assez long au niveau de ses deux bras, et au niveau de ses côtes. Nous avons pu observer que ses mains étaient très chaudes. Au moment de la reprise, elle nous regarde tout en hésitant : "je me sens apaisée", dit-elle, et nous demande si elle ne peut pas faire ça toute seule. Pendant cette séance, Marie met l'accent sur ce toucher qui, selon elle, a fait la différence ; à ce toucher qui lui donne des frissons et à ces frissons qui font qu'elle se sent tout apaisée. Marie raconte que pendant la séance elle ne ressentait rien, mais en même temps, elle parle de ces frissons ressentis dans tout le corps et également d'une sensation de pesanteur agréable.

Séance 3 : J14

A notre arrivée dans sa chambre, à la séance suivante, Marie nous confie qu'entre temps, elle a craqué et que cela avait été difficile pour elle. Elle n'aime pas montrer ses faiblesses aux autres, surtout à son père, qui lui avait prédit que cette hospitalisation serait un calvaire pour elle. Elle nous dit qu'elle cache ses moments de faiblesse, qu'elle a envie d'être forte pour son entourage mais aussi pour elle-même. Elle parle d'elle, de ses faiblesses : la verbalisation commence à entrer en scène. Pendant cette séance, nous avons invité Marie à chercher une sensation de pesanteur dans l'ensemble de son corps et nous avons fait un toucher enveloppant ses deux bras et, pour la première fois, de son ventre. Elle n'arrive pas à rester immobile, elle bouge. Au moment de la reprise, son regard se dirige vers nous, elle hésite, elle nous regarde à nouveau. Cette induction à la pesanteur a réveillé en elle une douleur au niveau de son bras droit, une douleur déjà existante depuis un moment. Elle parle toujours de calme ; elle dit s'évader pendant la séance, et le toucher lui donne toujours des

frissons. Elle dit aimer ces séances, et que ce sont des moments qu'elle attend avec impatience. Elle repère le "bon objet"¹⁶ que peuvent traduire ces séances ainsi que les interactions que nous avons avec elle, et elle s'y accroche pour avancer. Pendant cette séance, Marie parle de son corps qu'elle a l'impression de ne plus connaître. Elle dit avoir perdu le contrôle de son corps qui est fragile, qui fait ce qu'il veut et que finalement Marie a du mal à accepter. Elle parle de son identité ; elle ne reconnaît plus son visage ; les traitements laissent des traces importantes sur et dans tout son corps : ses cheveux sont tombés, sa tête est gonflée par les corticoïdes, elle est amaigrie et sa masse musculaire a disparu. Son corps change ; elle est en train de changer ou plutôt se redécouvrir.

Séance 4 : J17

A la séance suivante, nous avons invité Marie à chercher une sensation de chaleur au niveau de ses bras et nous avons fait un toucher au niveau de son ventre et de ses deux bras. Au moment de la reprise, elle nous dit que cette séance n'était pas comme les autres, elle n'a pas ressenti de chaleur, elle n'a même pas eu ces "petits frissons".

Séance 5 : J24

Quelques jours plus tard, nous sommes retournée voir Marie. Celle-ci a eu quelques moments difficiles au cours de la semaine : elle a eu de la fièvre, des nausées et des vomissements (ce qui nous a obligée d'annuler une séance) Lors de cette séance nous avons invité Marie à chercher le calme dans sa chambre et à laisser venir les sensations et les vibrations dans tout son corps ; nous l'encourageons à se laisser aller et à lâcher prise. Pour la première fois, nous avons fait un toucher de l'ensemble de son corps en le dessinant et nous avons touché aussi son ventre. Au moment de la reprise, elle a du mal à émerger. Son regard est de plus en plus long vers nous et juste après le toucher, elle nous dit "*C'était très, très*

¹⁶ Bon objet : terme introduit par Mélanie Klein pour désigner les premiers liens pulsionnels, partiels ou totaux, tels qu'ils apparaissent dans la vie fantasmatique de l'enfant (Laplanche et Pontalis, 1967).

bien ; j'ai eu mes petits frissons, ils sont de nouveau là, c'est agréable ce toucher ; sinon, j'étais dans mon petit univers". Nous avons demandé à Marie de nous décrire ce petit univers, *"c'est calme, vide, on ne pense à rien, ça permet de vider l'esprit, il faut ce petit univers"* dit-elle. Au cours de cette séance, Marie nous dit que ces séances ont été très bénéfiques pour elle, qu'elle se sent mieux dans l'ensemble, moins anxieuse. Elle met l'accent sur notre présence et nous avoue que ces séances vont lui manquer quand elle quittera l'hôpital.

Séance 6 : J28

A la séance suivante, nous avons de nouveau invité Marie à chercher une sensation de chaleur agréable sur l'ensemble de son corps, en mettant l'accent sur la chaleur au niveau de son ventre et un touché au niveau de son ventre. Au moment de la reprise, elle reste un long moment avec les yeux fermés, elle n'a pas envie de les ouvrir, sa voix est très douce, sa respiration est lente. Elle reste mutique, comme si elle avait envie d'éterniser ce moment. Cet état lui procure beaucoup de plaisir dans un temps limité : *" la même chose, le même rituel, le toucher, le parler, le calme, le rien"*. Elle insiste sur le fait qu'elle n'arrive pas à ressentir la chaleur, elle est très peu expressive et écourte le temps de parole.

Séances 7, 8 et 9 : J31, J35 et J38

Lors des séances suivantes, Marie n'arrive pas à ressentir la chaleur, elle a toujours du mal à ouvrir les yeux au moment de la reprise et elle dit avoir du mal à mettre en mots ce qu'elle ressent pendant ces moments. Cependant, elle insiste sur le fait qu'elle se sent bien, toujours calme et apaisée.

Dernière séance (10) : J42

Le moment de la sortie approche pour Marie et nous sommes amenée à procéder à la dernière séance. Au cours de cette séance, nous avons invité Marie à garder une respiration

lente et régulière et nous avons insisté sur le va et vient respiratoire avec l'air qui entre par le nez et qui ressort par la bouche. Au moment de la reprise, juste après un toucher du corps dans son ensemble, Marie nous dit qu'elle se sent bien et plus tonique. Elle pense connaître mieux son corps, elle le ressent plus, elle le sent plus. *"Il y a quelque chose qui s'est passé pendant ce temps, mais je n'arrive pas à l'expliquer, ça m'a fait beaucoup de bien quand même"*. Est-ce que son corps trouve un autre moyen de s'exprimer ? Marie est sortie trois jours plus tard, à J45.

1.3. Les facteurs de changement au cours de la relaxation

L'état autogène, entraîne une auto-sédation et un amortissement de la résonance émotionnelle des affects (Ranty, 1990). Cet état somatopsychique très particulier, qui s'accompagne d'une profonde détente psychosensorielle et de la survenue, dans la plupart des cas, d'une imagerie mentale riche et colorée, entraîne chez Marie une diminution progressive de la réceptivité aux stimuli et lui permet de s'évader, de rester dans un univers qu'elle connote comme calme, vide, l'esprit libéré des souffrances qu'elle subit tout au long de la journée. Un état qu'elle trouve essentiel dans ces moments si douloureux. Cet état autogène, sera favorisé à la fois par le silence et par la parole suggestive. Cette parole suggestive est surtout constituée d'un ensemble de mots porteurs de sensations de calme, de paix, de sécurité, de poids, de chaleur, de bien être, de plaisir du fonctionnement organique, ainsi que de mots qui l'invitent à se sentir bien dans son corps, à l'habiter malgré le fait que son corps se transforme à la fois d'une façon négative, du fait des traitements, et d'une façon positive, par la relaxation. Le moi de Marie est faible, ses carences narcissiques importantes ; elle a très peu confiance en elle et elle fonctionne sous le primat de l'idéal du moi. Cet état autogène va lui permettre également une recharge narcissique : elle sent qu'elle connaît mieux son corps, elle le ressent plus, elle le sent plus. A la fin de nos rencontres, elle dit : *"Il y a quelque chose*

qui s'est passé pendant ces temps, mais je n'arrive pas à l'expliquer, ça m'a fait beaucoup de bien quand même".

Un autre facteur de changement est la création du couple thérapeutique, qui va conditionner l'organisation du transfert. L'importance de la relation transférentielle¹⁷ est vite présente dans la cure de Marie. La séance de relaxation, d'une façon magique, va très vite permettre à Marie de s'évader, de se vider, de se calmer et de se sentir apaisée. Le toucher a une très grande importance dans la cure de Marie et a sa place à chaque moment de verbalisation. Dès la première séance, Marie nous parle du toucher qui lui procure quelque chose, mais elle n'arrive pas à savoir ce que c'est. Elle dit : *"Vous m'auriez tournée dans tous les sens, je me serais laissée faire, alors que je ne me laisse pas toucher facilement"*. Ne sommes-nous pas ici investie du rôle de la "bonne mère"¹⁸ (Winnicott, 1969) que le bébé laisse le tourner dans tous les sens, ce qui lui procure du plaisir ? Un toucher qui donne à Marie des frissons, qui l'apaise et l'aide à partir dans son petit univers sécurisant, qu'elle n'arrive pas à créer quand nous ne sommes pas présent (Hissard, 1988).

Les fonctions thérapeutiques de la relaxation, favorisées par le transfert, vont être aussi des facteurs de changement. La fonction calmante, induite par les caractéristiques particulières de la méthode (la voix, le toucher, la parole, l'état autogène), va permettre l'état de détente de Marie et l'amener à incorporer le bon objet sécurisant, qui est au début, le relaxateur et, vers la fin, l'ensemble des séances dans leur globalité. Ceci va progressivement amener Marie à vivre la séance comme un objet transitionnel¹⁹. La fonction contenant,

¹⁷ "Le transfert, qui désigne en psychanalyse le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets, dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre psychanalytique, est reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure. Il s'agit de la répétition des prototypes infantiles, vécue avec un sentiment d'actualité marqué" (Laplanche et Pontalis, 1967).

¹⁸ La mère suffisamment bonne de Winnicott est celle qui est capable de suivre les possibilités de son enfant à faire face à la frustration, ni trop longtemps absente, ni trop possessive ou envahissante. Le passage d'une adaptation parfaite aux besoins de l'enfant à une moindre adaptation s'effectue progressivement, ce qui permet au nourrisson de quitter l'état de fusion sans passer par des angoisses insupportables.

¹⁹ L'objet transitionnel est un terme employé par Winnicott pour désigner *"un objet matériel qui a une valeur électorale pour le nourrisson et le jeune enfant, notamment au moment de l'endormissement. Le recours à des objets de ce type est, selon Winnicott, un phénomène normal qui permet à l'enfant d'effectuer la transition entre la première relation orale à la mère et la véritable relation d'objet"* (Laplanche et Pontalis, 1967).

induite par le cadre sécurisant, les mots du relaxateur et son toucher, par le rôle de la projection, liée à la théorie contenant-contenu de Bion (1964) et le rôle du contact "Holding et Handling"²⁰ de Winnicott (1969), ont permis à Marie d'incorporer le bon objet, d'avoir un sentiment de sécurisation interne et de plénitude, dans les temps de la relaxation, et de se donner la possibilité de mieux connaître et, du coup, de mieux accepter son corps à la sortie de l'hôpital. La fonction narcissique de la relaxation, induite par les moments de plaisir pendant les séances, et les sensations qu'elle décrit très souvent comme agréables, lui ont permis une "renarcissisation" et une affirmation de soi et de son image. A l'issue de l'hospitalisation, Marie permet à son corps de ressentir les choses différemment : "sentir son corps pour mieux le penser", Comme nous l'a dit souvent Yves Ranty.

Les résistances²¹ ont aussi leur place dans la cure de Marie. Lors d'une séance, celle-ci nous dit que la sensation de pesanteur de son bras droit a réveillé une douleur. Le toucher lui donne des frissons, lui fait du bien, mais elle n'arrive pas à expliquer pourquoi, elle ne fait pas de lien. Peut-on parler ici de résistance ? Une cure de 10 séances ne permet pas de lever les résistances. Et convient-il de les lever ? Dans ce moment critique de sa vie, ne serait-il pas trop risqué de bousculer cet équilibre qui semble la protéger d'un effondrement ? On laisse Marie profiter de ces moments comme elle le souhaite, en prenant les bénéfices à court terme qu'ils lui procurent. Laissons-lui le soin, si elle le souhaite, de continuer ce travail dans un moment éloigné, et en dehors de ce protocole de recherche.

²⁰ Winnicott dit que le développement du moi se caractérise par différentes tendances : l'intégration du temps et de l'espace, la personnalisation, l'instauration de la relation d'objet lorsque les soins sont suffisamment bons. Selon Winnicott, il semblerait possible d'établir un parallèle entre ces trois phénomènes de l'évolution du Moi et trois aspects des soins donnés au nourrisson et à l'enfant :

- le Holding : l'intégration correspond à la façon de porter, de maintenir ;
- le Handling : la personnalisation correspond à la façon de soigner.

²¹ On donne le nom résistance à "tout ce qui dans les actions et les paroles de l'analyse, s'oppose à l'accès de celui-ci, à son inconscient" (Laplanche et Pontalis, 1967).

2. Cas Clinique N°2, Brigitte, 42 ans

2.1. Le contexte, l'anamnèse et le moment de l'hospitalisation

Le contexte

Brigitte est une femme de 42 ans, mariée et maman de deux garçons âgés de 11 et 7 ans. Elle a un frère avec qui elle a de bons contacts et ses parents sont en vie et en bonne santé. Elle est suivie depuis quatre ans pour une leucémie myéloïde chronique mais le traitement s'est avéré inefficace dans le long terme et l'indication d'une greffe de moelle osseuse a été posée. Elle est infirmière de formation, mais n'exerce plus son métier depuis l'annonce de sa maladie. Auparavant, elle a exercé en tant qu'infirmière en service de greffe de moelle auprès des enfants et ensuite et aux urgences pédiatriques. Lors de notre première rencontre elle est hospitalisée en secteur stérile pour une allogreffe avec un donneur volontaire du fichier international. Elle a été d'accord pour participer à l'étude et, durant cette première rencontre, je l'informe qu'elle fait partie du groupe expérimental.

Anamnèse

Dans l'histoire de Brigitte, nous notons d'emblée un événement très douloureux dans le cadre de son exercice professionnel en secteur d'onco-hématologie pédiatrique. Elle nous fait part du décès d'une petite fille qu'elle avait accompagnée tout au long de la prise en charge ; elle dit avoir été très attachée à cette petite fille.

Le moment de l'hospitalisation

Durant cette première rencontre, Brigitte nous fait part que de nombreux vécus douloureux de son activité en onco-hématologie pédiatrique se sont réveillés suite à l'organisation de son allogreffe. Elle est très émue et nous parle de ses inquiétudes, ainsi que de ses angoisses face à ce traitement et cette hospitalisation. Elle verbalise aussi des inquiétudes relatives aux effets secondaires possibles du traitement et met l'accent sur

l'altération de son état physique, liée aux corticoïdes. Elle parle également du GVH (réaction du greffon contre l'hôte) qui pourrait l'amener à une issue fatale.

Brigitte se décrit comme quelqu'un de dynamique et plutôt optimiste, mais elle observe que depuis l'annonce de sa maladie, elle est de moins en moins joyeuse. Elle a une très bonne relation avec ses enfants qu'elle décrit comme très énergiques et très sensibles. Elle se montre anxieuse d'ailleurs de leur réaction et de leur vécu pendant cette période où elle sera absente du foyer familial et probablement fragilisée et vulnérabilisée par le traitement. Enfin, elle dit se sentir très fatiguée ; elle n'a plus envie d'occuper son temps et passe ses journées au lit. Elle ressent des céphalées et des douleurs importantes au niveau du ventre.

2.2. Les séances de relaxation psychothérapique

Durant la période en secteur stérile qui a duré 35 jours, nous avons proposé à Brigitte 7 séances de relaxation psychothérapique Méthode Sapir, à raison de 2 séances par semaine, conformément au protocole de recherche décrit au chapitre V (sous-chapitre 2.4.). Chaque séance a duré 45 minutes environ.

Séance 1 : J7

Au cours de la première séance, nous avons invité Brigitte à chercher le calme dans sa chambre et à laisser venir les sensations de son corps, à laisser venir aussi, à son choix, un de ses souvenirs ; nous avons fait un toucher au niveau de ses deux bras. Au moment de la reprise, elle nous dit qu'elle a très chaud mais que, pendant tout le temps de la relaxation, elle a eu des frissons. Le toucher lui a donné l'impression que ses deux bras étaient bloqués, comme si elle ne pouvait plus les bouger. Elle n'a pas réussi à sortir de cette chambre et elle a imaginé qu'elle voyait ses enfants derrière la vitre ; son cœur battait très fort et elle n'a pas réussi à se détendre. Avant la séance, elle avait évoqué une douleur au niveau de sa gorge qui s'est avérée plus importante après la séance, mais les douleurs au niveau de son abdomen,

constantes depuis quelques jours, ont disparu. Elle caresse son ventre, et son regard n'est pas porté sur nous pendant le temps de parole.

Séance 2 : J10

A la séance suivante, nous avons invité Brigitte à chercher le calme autour d'elle et à ressentir une sensation de pesanteur dans l'ensemble de son bras droit. Le toucher a été porté au niveau de son abdomen et de ses deux bras, séparément. Brigitte est agacée, elle n'a pas réussi à se détendre, elle a mal, elle parle très peu ; elle ressent son corps, nerveux, tendu. Brigitte ne se montre pas très motivée pour continuer les séances, mais elle reste volontaire. Elle a très mal, elle est fébrile, elle est très inquiète.

Séance 3 : J14

Nous avons invité Brigitte à chercher le calme dans sa chambre, à éliminer les tensions de son corps et à se laisser aller ; notre toucher était au niveau de son ventre et au niveau de ses mains. Pour la première fois, elle nous regarde quand elle parle, elle se sent bien, elle n'a plus mal, elle se sent détendue et bien. Elle supporte mieux la chambre stérile, elle dort mieux et elle nous parle de ses enfants. Ce jour-là, elle parle très facilement. Depuis que la 1^{ère} séance a eu lieu, Brigitte a perdu ses cheveux. Ce fut un choc pour elle mais les réactions de ses proches l'ont rassurée. Elle se sent mieux dans son corps, rassurée et positive. Elle nous parle d'elle et elle laisse apparaître des émotions quand elle parle de sa relation aux autres. Elle est contente.

Séance 4 : J17

Lors de la séance suivante, nous avons invité Brigitte à chercher une sensation de chaleur au niveau de ses deux bras et nous avons fait un toucher enveloppant de l'ensemble de son corps l'amenant à sursauter. Elle se sent détendue, elle a chaud, sa respiration est rapide,

elle se sent essoufflée. Pendant la séance, elle a imaginé qu'elle est sortie de la chambre mais elle dit avoir ressenti un sursaut parce qu'elle se rendait compte qu'il ne fallait pas qu'elle parte si vite. Elle parle de son corps fatigué ; ses muscles se fondent et tout type d'effort lui semble "une montagne".

Séance 5 : J21

Durant la séance d'après, nous avons invité Brigitte à chercher une sensation de chaleur au niveau de son ventre et nous avons fait un toucher enveloppant du ventre et de ses bras l'amenant à être très détendue. Elle a du mal à ouvrir les yeux, sa voix est très douce, elle parle peu, les moments de silence sont longs. Elle parle du toucher qu'elle a trouvé agréable.

Séance 6 : J26

Nous avons invité Brigitte à chercher une sensation de pesanteur et une sensation de chaleur au niveau de son ventre ; un toucher de ses bras, de ses mains ainsi que de son ventre l'amenant à ressentir une sensation de chaleur intense dans l'ensemble de son corps. Un corps qui, selon Brigitte, ne supporte plus grand-chose. Brigitte porte son regard sur différents points de la chambre, mais elle ne nous regarde pas quand elle parle. Elle reste souvent silencieuse. L'angoisse de mort est très présente et elle s'inquiète énormément de son avenir.

Séance 7 : J29

Selon l'équipe soignante, Brigitte reste passive depuis quelques jours malgré le fait que son état physique s'améliore peu à peu. En début de séance, elle est agacée, contrariée, très peu réceptive et elle dit qu'elle "somatise ses angoisses". Nous l'avons invitée à se concentrer sur le va et vient respiratoire, avec l'air qui entre par le nez et qui ressort par la bouche. Cette sensation lui procure un état de détente agréable. Elle arrive à faire abstraction de l'extérieur, elle a réussi à se vider et le toucher porté au ventre et à ses mains lui procure

une sensation de froid dans l'ensemble de son corps qui, jusque là, était chaud. Son regard se porte à nouveau vers nous et il est de plus en plus fixe.

Séance 8 : J33

Brigitte nous dit qu'elle fait des cauchemars depuis plusieurs jours, des cauchemars liés à son avenir qu'elle estime sombre. Elle dit ressentir beaucoup d'angoisse. Durant cette dernière séance nous l'avons invitée à chercher une sensation de pesanteur au niveau de son corps et à se concentrer sur sa respiration, douce et régulière. Ces inductions l'amènent à se vider la tête. Le toucher au niveau du ventre, qu'elle estime agréable, lui donne de la chaleur et lui procure un bien-être, selon elle. Brigitte est sortie du secteur stérile 4 jours plus tard à J37.

2.3. Les facteurs de changement

Au regard du déroulé des différentes séances passées avec Brigitte, nous pouvons conclure à une personnalité anxieuse qui a tendance à somatiser ses angoisses. Tout au long de son hospitalisation Brigitte est inquiète, elle anticipe les malheurs qui peuvent lui arriver. Elle présente très souvent des douleurs musculaires et une fatigue importante. Elle est très lucide et très vigilante au moindre changement. Elle reste souvent dans le registre du factuel et du pragmatique ; elle élabore très peu sur son corps réel. Son imaginaire est pauvre, on pourrait parler d'une pensée opératoire²² et d'une faible mentalisation²³. La réalité est hyper investie pour mieux la maîtriser. Dans ce cadre, la relaxation va être d'abord un anxiolytique. Les séances vont permettre à Brigitte de diminuer par moments son angoisse et de lui apporter un bien-être apaisant et sécurisant. Nous pourrions penser qu'elle intègre le "bon objet" mais

²² Les patients qui mobilisent une pensée opératoire ont des difficultés à mobiliser et à exprimer leurs affects, ils se focalisent sur les symptômes de leurs corps et évoquent peu leurs sentiments. Ils ont souvent un discours factuel, une vie fantasmatique pauvre et des défauts de mentalisation (concept proposé par M'Uzan et Marty, 1962).

²³ La mentalisation est le mécanisme mental par lequel un individu interprète implicitement et explicitement ses actions et celles des autres comme ayant un sens sur la base des états mentaux intentionnels comme les désirs, les besoins, les sentiments, les croyances et les raisons (concept initialement développé par Marty, 1962).

que très vite elle le repousse parce que sa personnalité psychosomatique la maintient dans une réalité sécurisante. Brigitte parle peu après les séances. Son système défensif, diminué par l'état autogène induit par la relaxation, lui fait peur et elle reprend le contrôle en négociant souvent la séance. *"Je préfère qu'on parle"* dit-elle souvent, *"je suis fatiguée, je n'ai pas envie de faire la séance"*. Petit à petit, elle va se sentir plus en sécurité, elle va être plus motivée. La relation transférentielle va permettre aussi la fonction calmante de la relaxation qui va l'amener, par moments, à un état de régression : sa vigilance va diminuer, l'induction à la chaleur du ventre et le toucher enveloppant de cette partie de son corps vont l'amener à un état de bien-être. Brigitte va davantage nous regarder dans les yeux, demandera à nous voir plus souvent, nous tiendra la main avant que nous ne partions, comme si elle voulait dire, *"ne partez pas, j'ai peur"*. Le thérapeute va alors représenter, par la mobilisation de son imaginaire, la bonne mère qui enlève par un toucher le mal de son enfant. La relaxation devient peu à peu un objet transitionnel, à la fois sécurisant et repoussé par le fonctionnement psychosomatique, factuel et pragmatique de Brigitte. Le cadre va être souvent réaménagé pour qu'elle continue à se sentir en sécurité, à la fois par la séance de la relaxation et par la verbalisation. On peut conclure que, à ce stade, le travail thérapeutique avance tout doucement, mais qu'il est loin d'être fini.

CHAPITRE II : RESULTATS QUANTITATIFS

Ce chapitre rend compte des résultats quantitatifs obtenus par les deux sujets aux différents questionnaires, à chacun des 3 temps de l'étude.

1. Données quantitatives pour nos deux patientes

Le tableau 19 présente les scores obtenus aux différents questionnaires par Marie et Brigitte aux trois temps de l'étude.

	T1 : J-4		T2 : J45		T3 : J100	
Variables (minimum/maximum)	Marie	Brigitte	Marie	Brigitte	Marie	Brigitte
Alexithymie (20 à 100)	64	47	-	-	-	
Optimisme (0 à 24)	14	13	-	-	-	
Stratégies de coping						
<i>Esprit combatif (14 à 56)</i>	35	37	45	36	46	40
<i>Impuissance/désespoir (11 à 44)</i>	24	16	22	14	23	12
<i>Préoccupations anxieuses (12 à 48)</i>	43	29	35	19	34	19
<i>Evitement cognitif (5 à 20)</i>	13	10	10	7	8	8
<i>Dénégation (3 à 12)</i>	9	4	6	3	4	3
Anxiété état (0 à 21)	18	10	14	5	8	4
Dépression état (0 à 21)	7	6	4	7	2	2
Soutien social (0 à 80)	70	80	70	80	70	80
Qualité de vie						
<i>Physique (5 à 20)</i>	8	5	7	7	6	5
<i>Cognitif (2 à 8)</i>	4	3	2	3	2	2
<i>Emotionnel (4 à 16)</i>	15	6	10	4	6	5
<i>Globale (2 à 14)</i>	12	10	10	10	12	12
Image du corps (19 à 95)	49	56	65	73	75	78

Tableau 19: Présentation des scores obtenus aux questionnaires pour Marie et Brigitte

2. Comparaison des scores des deux sujets aux scores moyens du groupe expérimental

Nous proposons quelques comparaisons des scores obtenus par ces deux patientes à ceux de notre échantillon (groupe contrôle -GC- et groupe expérimental -GE-).

Au niveau de l'anxiété état, Marie passe d'un score de 18/21 à T1, à 14/21, puis à 8/21, respectivement à T2 et à T3. Selon les normes, elle présente donc une symptomatologie anxieuse sévère à T1 qui évolue vers une symptomatologie anxieuse modérée à T3. Afin d'observer ce qui se passe dans l'ensemble de notre échantillon, nous avons isolé les patients présentant une symptomatologie anxieuse sévère à T1 (score >10) et nous avons regardé l'évolution de la moyenne de l'anxiété état avec le temps. Au sein du groupe contrôle (N=4) nous avons constaté que la moyenne de l'anxiété état reste stable et quasiment identique à T1, T2 et T3 (N=4 ; T1 : moyenne : 13,75 ; écart-type : 3,59 ; T2 : moyenne 12 ; écart-type : 2,16 et T3 : moyenne : 12,33 ; écart-type : 3,05). En revanche, au sein du groupe expérimental la moyenne à l'anxiété état diminue de façon sensible avec le temps, et ces patients ne présentent plus qu'une anxiété état modérée à T3 (N=3 ; T1 : moyenne : 16 ; écart-type : 3,46 ; T2 : moyenne 13,33 ; écart-type : 1,15 et T3 : moyenne 8 ; écart-type : 1) (Voir figure 6).

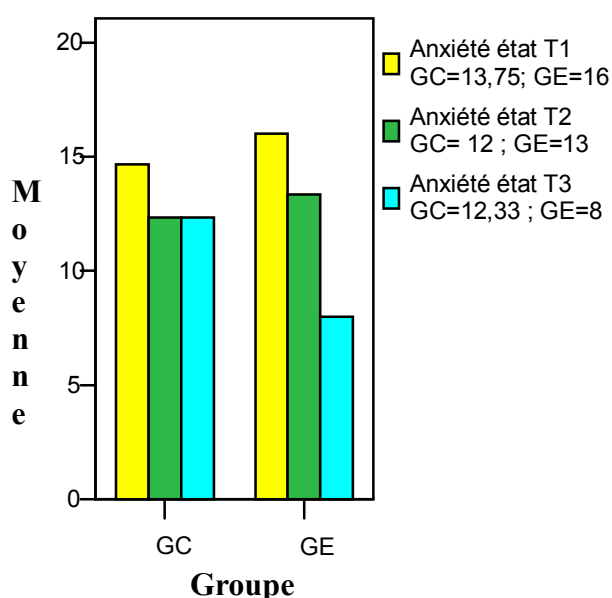


Figure 6 : Illustration de l'évolution de l'anxiété état suite à la prise en charge chez les patients présentant une anxiété état sévère à T1.

En ce qui concerne Brigitte nous observons qu'elle présente une symptomatologie anxieuse modérée à T1 (10/21) qui disparaît à T3 (4/21). Afin d'observer ce qui se passe chez

notre sujet en comparaison de l'ensemble de notre échantillon, nous avons isolé les patients présentant une symptomatologie anxieuse modérée à T1 (score entre 8/21 et 10/21) et nous avons regardé l'évolution de la moyenne de l'anxiété état avec le temps. Pour l'ensemble des patients présentant une symptomatologie anxieuse modérée à T1 ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique (N=8), nous observons que la symptomatologie anxieuse disparaît à T2 (moyenne : 6,38 ; écart-type : 4,83) et à T3 (moyenne : 5,38 ; écart-type : 2,61). En revanche, au sein du groupe contrôle, nous constatons que la symptomatologie anxieuse disparaît à T2 (N=4, moyenne : 5,75, écart-type : 2,5) mais qu'elle redevient modérée à T3 (moyenne : 7,5, écart-type : 0,57) (voir Figure 7).

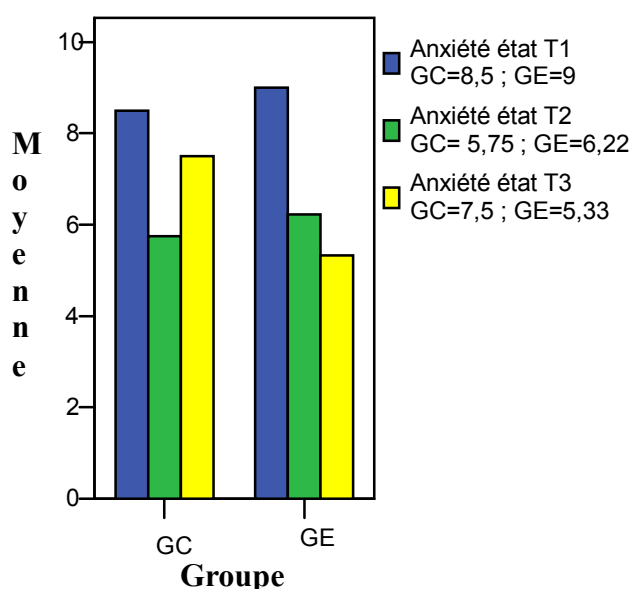


Figure 7 : Illustration de l'évolution de l'anxiété état suite à la prise en charge chez les patients présentant une anxiété état modéré à T1.

En ce qui concerne la dépression état, nos deux patientes ne présentent pas de symptomatologie dépressive à T1, à T2 et à T3 en référence aux seuils établis par Lépine et al. (1985).

Au niveau de l'image du corps, Marie et Brigitte rapportent une image du corps altérée à T1 avec un score de satisfaction corporelle respectivement de 49/95 et de 56/95, scores moins élevés que la moyenne de notre échantillon général (N=39, moyenne= 61,44 ; écart-

type= 12,94). Nous avons isolé les patients présentant une image du corps moins bonne que la moyenne (N=19) au sein de notre échantillon pour voir comment l'image du corps évolue à T2 et à T3 en fonction de la prise en charge. Comme présenté au Tableau 20 nous constatons que les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique et rapportant un score faible de satisfaction corporelle à T1, voient leur score augmenter de façon très sensible à T3, contrairement à ceux qui ont eu une prise en charge traditionnelle, pour lesquels le score initial de satisfaction corporelle évolue très faiblement à T2 et à T3 .

GROUPE	Satisfaction corporelle Moyenne (écart-type)		
	T1	T2	T3
Groupe contrôle (N=9)	51,33 (6,72)	52,89 (8,96)	54,56 (17)
Groupe expérimental (N=10)	50,00 (7,33)	50,60 (15,42)	64,80 (12,28)

Tableau 20 : Scores moyens de satisfaction corporelle à chaque temps de l'étude chez les patients ayant une image du corps altérée à T1.

Enfin au niveau de la qualité de vie, nos deux patientes rapportent une bonne QDV physique, cognitive et globale à T1, qui reste relativement stable dans ces domaines à T2 et à T3. En revanche, au niveau de la QDV émotionnelle, nous observons que ce domaine est très affecté chez Marie à T1 (score 15/16), ce score évoluant favorablement avec le temps puisque Marie rapporte une QDV émotionnelle²⁴ moins altérée à T2 (10/16) et bien moins encore à T3 (6/16). La tendance n'est pas la même pour l'ensemble du groupe. Afin d'observer ce qui se passe au sein de l'ensemble de notre échantillon au niveau de la QDV émotionnelle suite à la prise en charge, nous avons isolé les patients ayant une qualité de vie émotionnelle très altérée à T1 (cut-off, score > 7 -moyenne de l'échantillon-) et nous avons observé l'évolution du score en fonction de la prise en charge (N=7 pour le GC et N=6 pour le GE). Nous avons observé que la QDV émotionnelle est moins altérée avec le temps chez ces patients et cela pour les deux groupes, mais l'amélioration semble plus importante chez le groupe

²⁴ Attention : plus le score de la qualité de vie émotionnelle augmente plus ce domaine est affecté.

expérimental à T3. Cette évolution est présentée à la Figure 8. Chez Brigitte, la QDV émotionnelle est peu affectée à T1 (6/16) et ne varie pas de manière positive ou négative à T2 (4/16) et à T3 (5/16).

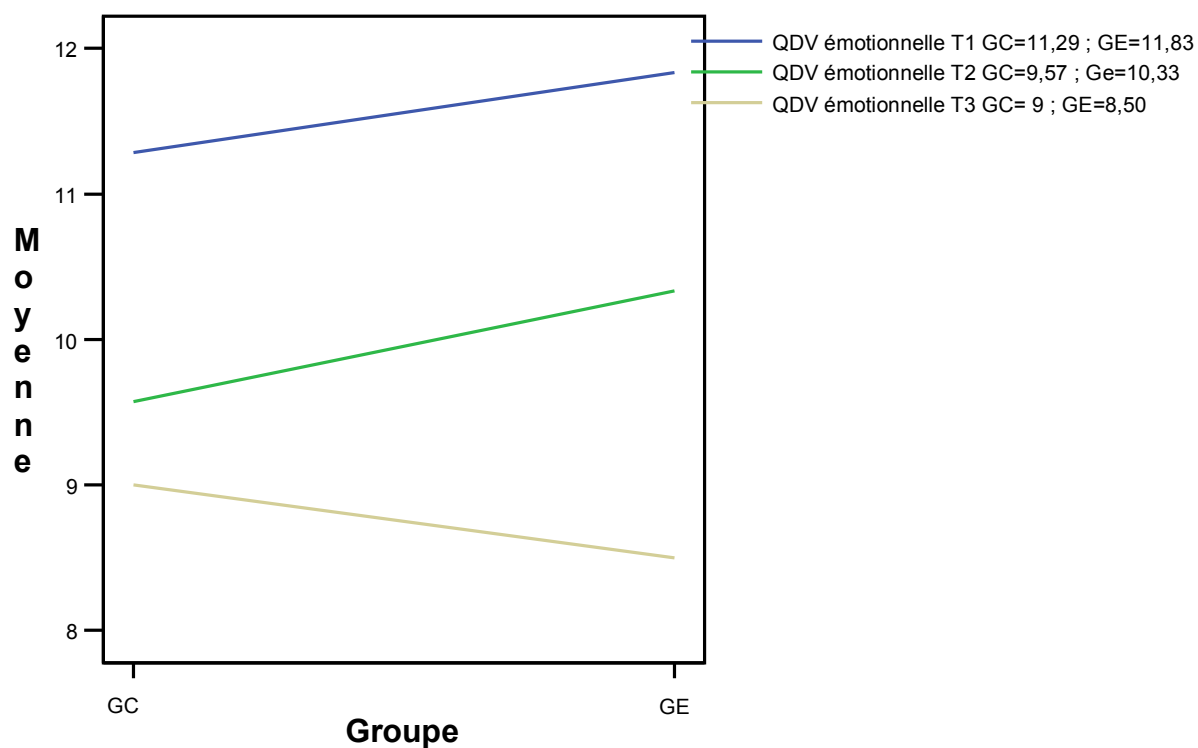


Figure 8 : Illustration de la QDV émotionnelle suite à la prise en charge chez les patients éprouvant une QDV émotionnelle très altérée à T1.

CHAPITRE III : DISCUSSION

Suite à la présentation de ces deux cas cliniques de patients ayant participé à notre protocole de recherche, nous pourrions penser qu'un suivi par la relaxation psychothérapique peut réduire significativement les niveaux d'anxiété de ces sujets, ce que corrobore leur discours au fil des séances.

Ainsi, Marie nous dit qu'après cette expérience (qui englobe aussi bien la maladie, l'hospitalisation que le suivi par la relaxation), elle se sent beaucoup moins anxieuse dans l'ensemble, et qu'elle a envie de profiter de la vie différemment. Nous supposons que la sortie, lui procurera, certes, énormément de plaisir mais qu'elle sera également source d'angoisse. Son image du corps est également améliorée ; elle perçoit son corps différemment, notamment comme : plus tendre, chaleureux, plein, calme, serein, un corps que l'on peut regarder et toucher²⁵. Marie évolue très vite, la perception de son corps change, elle peut maintenant le ressentir et la façon dont elle voit la vie évolue. La pulsion de vie est activée et favorisée par la relaxation à un moment où la mort est présente dans toutes ses dimensions. Cette mort imminente a été verbalisée et Marie, libérée de cette angoisse, peut maintenant avancer.

En ce qui concerne Brigitte, nous observons que, même si au départ elle a un peu plus du mal que Marie à l'investir, la relaxation va progressivement lui permettre de s'exprimer plus facilement et une élaboration autour de son anxiété pourrait être la raison de la diminution des scores d'anxiété état à T2 et T3.

De même, nous avons observé qu'au sein du groupe contrôle les patients qui présentent une symptomatologie anxieuse sévère à T1 continuent à l'avoir à T2 et à T3. En revanche au sein du groupe expérimental, les patients qui ont une symptomatologie anxieuse sévère à T1, rapportent une symptomatologie anxieuse modérée à T3. Nos deux patients ne présentent pas de symptomatologie dépressive à T1 selon les seuils de Lepine et al. (1985).

²⁵ Ces différents qualificatifs correspondent à 7 items du Questionnaire d'Image du Corps (Bruchon-Schweitzer, 1987).

Par ailleurs, on constate que ces deux sujets qui ont une image du corps très altérée à T1 voient leur degré de satisfaction corporelle augmenter avec le temps. Au regard de ces observations nous avons isolé les patients de GE avec une image du corps très altérée et nous avons constaté la même tendance. En revanche, pour le groupe contrôle nous n'avons pas observé d'amélioration.

Enfin, ces deux patients rapportent une bonne qualité de vie physique, cognitive et globale qui reste relativement stable dans le temps, contrairement à leur qualité de vie émotionnelle qui a été très affectée chez Marie. Ceci est vrai pour l'ensemble des patients (GE et GC) dont la qualité de vie émotionnelle est altérée à la baseline et pour lesquels on constate une amélioration avec le temps, ce qui est concordant avec les conclusions de la littérature (McQuellon et al., 1998 ; Bevans et al., 2006). Mais cette amélioration est significativement plus importante chez les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la relaxation psychothérapique. Rappelons ici qu'il s'agit d'observations portant sur un nombre très faible de patients et que ce point nécessiterait d'être investigué sur des effectifs plus larges.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons essayé d'illustrer, par la présentation de deux cas cliniques, le déroulement d'une prise en charge par la relaxation au sein d'un secteur stérile. Nos conclusions portent principalement sur le vécu positif de nos patients, suite aux séances. Nous avons entendu de nombreuses fois, tant par les patients eux-mêmes que par l'équipe, à quel point ce moment de détente pouvait être bénéfique dans ce contexte de souffrance et de douleur, moment souvent qualifié de "pause", de "répit". Nous avons observé aussi que les patients ayant une plus grande difficulté à identifier et à exprimer leurs émotions et leur ressenti avant la séance, avaient par la suite une capacité accrue à élaborer, à recourir à la voie symbolique, c'est-à-dire au langage pour mettre des mots sur leur mal-être. Nous savons bien

que la parole est libératrice et nous pensons que la relaxation psychothérapique ainsi que les enjeux associés de transfert et de contre-transfert peuvent y jouer un rôle important.

PARTIE IV : DISCUSSION GENERALE, LIMITES ET PERSEPCTIVES

CHAPITRE I : DISCUSSION GENERALE

Les enjeux psychiques dans le parcours de la maladie cancéreuse, dès l'annonce même du diagnostic, sont importants et l'intérêt, voire la nécessité pour certains des patients, d'une prise en charge psychologique est indéniable. Nous avons fait le choix, au sein de cette étude, de considérer la prise en charge psychologique de ces patients, telle qu'elle est proposée le plus souvent en secteur hospitalier, comme un suivi psychologique traditionnel.

L'objectif principal de cette étude était de tester une prise en charge spécifique telle que la relaxation psychothérapique auprès d'une population particulière : celle de patients hospitalisés en secteur stérile pour la réalisation d'une greffe de moelle osseuse. Plus spécifiquement, l'origine de la problématique de cette étude se situait justement sur la place qu'une telle prise en charge pourrait avoir dans un contexte médical aussi spécifique et sophistiqué. Nous nous sommes donc interrogée sur l'intérêt de la pratique de cette technique psychocorporelle au sein de cette population et surtout sur ce que qu'elle pourrait apporter de plus par rapport à un suivi psychologique traditionnel tel que nous les pratiquons depuis maintenant huit ans.

Au regard des résultats (notamment quantitatifs) que nous avons obtenus, et en particulier du constat que les différences entre les deux groupes ne sont pas significatives nous sommes amenée à penser que ces deux modalités de prises en charge ont une place importante et sont donc susceptibles d'avoir un impact positif sur l'ajustement émotionnel, la qualité de vie et la satisfaction corporelle des patients en secteur stérile pour greffe de moelle osseuse.

Plus en avant, nous avons constaté que chez les patients ayant bénéficié d'un suivi psychologique traditionnel, l'état anxio-dépressif, la satisfaction corporelle et la qualité de vie restent stables au fil du temps, sans mouvement négatif ou positif. Par ailleurs, la prise en

charge par la relaxation psychothérapique induit une diminution importante de l'anxiété état, une meilleure satisfaction corporelle ainsi qu'une évolution favorable de la qualité de vie physique au fil du temps.

Dans ce contexte spécifique et paradoxal de la greffe de moelle osseuse, où le sujet est mis à l'épreuve dans sa globalité et où le corps est au devant de la scène, la pratique d'une technique psychocorporelle telle que la relaxation psychothérapique a donc tout son intérêt. Avec sa méthodologie spécifique, les inductions verbales et le toucher, avec ses fonctions thérapeutiques, ses fonction contenante, calmante et narcissisante, le sujet est amené dans un premier temps à se détendre et à chercher des sensations agréables dans un corps éprouvé. Par la suite, la parole sera libératrice mais surtout facilitée par cet état de détente.

La relaxation psychothérapique a donc une fonction complémentaire au suivi psychologique traditionnel et surtout un intérêt dans le moyen terme. De même, une place toute particulière est réservée à la spécificité de cette méthode : "le toucher".

Le toucher est abordé très souvent par nos patients pendant les temps de parole. Un toucher très différent de tous les autres types de contacts physiques qu'ils ont tout au long de leur hospitalisation. Un toucher libérateur de sensations de chaleur et de bien-être, un toucher qui permet aux patients de mieux sentir leur corps, de le sentir dans sa globalité. Un toucher pouvant enlever le mal, un toucher sécurisant, affirmant notre présence ainsi que notre implication. Un toucher aidant à la structuration du schéma corporel et de l'image de soi. Un toucher facilitant un travail sur les résistances, favorisant des associations entre les sensations et les idées, permettant l'installation de la relation transférentielle. Les mains froides, le port du masque chirurgical, la charlotte sur les cheveux ainsi que la tenue bleue n'empêchent pas au toucher de trouver toute son importance dans ces moments-là. Nous aurions pu penser que ces facteurs auraient un impact négatif sur le vécu du toucher et freiné la relation transférentielle. Notre expérience nous fait formuler l'hypothèse inverse selon laquelle ces facteurs peuvent renforcer une appropriation positive du toucher par ces patients.

CHAPITRE II : LIMITES ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE

1. Limites de l'étude

Une des difficultés associées aux recherches menées en oncologie, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit, comme ici, d'études longitudinales qui explorent le vécu émotionnel des patients atteints des pathologies cancéreuses, est tout d'abord celle du recrutement des patients et de la durée de leur participation. Une deuxième difficulté majeure de cette recherche concerne le fait que nous avons une double fonction d'investigateur et de psychothérapeute, ce qui n'est pas souhaitable d'un point de vue méthodologique. Ce sont ces différentes limites que nous allons successivement aborder.

1.1. Un recrutement particulièrement difficile

La limite la plus importante de cette étude est sans doute le faible nombre de patients finalement inclus (N=39). En effet, sur un total de 65 patients que nous avons sollicités, 8 (12.3%) ont refusé de participer à l'étude. La majorité a évoqué le manque d'intérêt et le manque d'envie comme principale raison de ce refus.

D'autre part, un nombre assez conséquent de patients ont souhaité ou ont été contraints de se retirer de l'étude avant la fin du protocole. Ainsi, 12 patients (18.4%) initialement recrutés ont souhaité se retirer de l'étude une fois sortis du secteur stérile. Parmi eux, certains ont évoqué leur envie de passer à autre chose car le fait de répondre aux questionnaires les "replongeait" inexorablement dans un état et dans un contexte qu'ils souhaitaient tout simplement mettre de côté, et le plus rapidement possible (N=6 ; 9.23%). D'autres, ont souligné la lourdeur du protocole et la contrainte du temps comme principale raison (N=4 ; 6.15%), et d'autres enfin n'ont mentionné aucun motif particulier lié à leur retrait (N=2 ; 3.07%). Par ailleurs, nous avons été dans l'obligation de retirer de l'étude 4 (6.15%) patients

initialement recrutés du fait d'une forte altération de leur état général, souvent consécutive à une GVH²⁶ ; deux (3.07%) d'entre eux sont malheureusement décédés.

Au final, sur les 65 patients que nous avons initialement sollicités, seuls 39 (60%) d'entre eux ont souhaité participer à la recherche et ont pu maintenir leur contribution jusqu'au bout. Dans ce contexte nous pouvons nous demander si ce sont ces patients qui avaient le plus besoin d'un accompagnement psychologique pendant cette période d'hospitalisation en secteur stérile.

En effet, les patients qui ont refusé de participer à l'étude, ont également refusé de rencontrer la psychologue du service en dehors de l'étude. Ils ont donc refusé toute forme d'accompagnement psychologique pendant leur hospitalisation. Nous pouvons alors nous interroger sur les motifs de ces refus : absence de détresse émotionnelle, désintérêt relatif à un accompagnement psychologique ou alors détresse à ce point importante et envahissante qu'aucune élaboration (demande) ne fut possible ?

Rappelons ici que l'objectif principal de cette étude était de tester l'efficacité d'une prise en charge psychologique chez des patients fragiles, aussi bien sur le plan physique que psychique. L'investissement du patient dépassait donc largement les limites d'une participation "standard" à une recherche. Cet investissement était encore plus important chez les patients composant le groupe expérimental, qui étaient invités à entrer au cœur même de cette méthode, loin d'être anodine, qu'est la relaxation psychothérapique. Une autre limite se situe donc dans le fait que, d'un côté, chaque patient a vécu cette prise en charge d'une manière subjective et donc unique, et que d'un autre côté, l'investigateur/clinicien a été malgré lui soumis à une certaine subjectivité. Même si nous avons tenté de standardiser, d'unifier la prise en charge, la rencontre du praticien avec chaque patient reste en elle-même unique et singulière.

²⁶ Réaction du greffon contre l'hôte

1.2. De la difficulté de concilier le double statut de chercheur et de thérapeute

Examinons à présent ce double rôle que nous avons, entre clinique et recherche.

Tout d'abord, la rigueur méthodologique pouvait imposer que la prise en charge des patients soit effectuée par une autre personne que l'investigateur. Ceci ne nous a pas été possible et limite donc la portée de nos résultats.

Par ailleurs, les patients en hématologie ont, pour la plupart, déjà accompli un long parcours dans la maladie avant d'arriver en secteur stérile pour une greffe de moelle. Si, pour certains, l'indication d'une greffe de moelle se pose quasiment en même temps que l'annonce d'une leucémie aigüe, pour d'autres c'est le résultat d'une longue attente et d'une période où alternent espoir et peur, envie et doute. Enfin pour d'autres encore, confrontés à une pathologie virulente ou à une récurrence, la greffe est l'ultime recours, le dernier espoir d'une possible rémission dans le long terme. En tant que psychologue clinicienne exerçant depuis bientôt huit ans au sein de ce service d'hématologie, nous avons été sollicitée par certains de nos patients bien avant leur hospitalisation en secteur stérile pour la réalisation de leur greffe. Pour la plupart, nous les avons accompagnés tout au long de leur parcours et nous avons été témoin de leur cheminement jusqu'au moment de la greffe de moelle.

Aussi, nous pourrions penser l'évolution observée d'un temps à l'autre dans l'ajustement des patients qui ont participé à cette recherche est aussi le résultat d'une prise en charge continue, au long cours, et non pas seulement sur la période de l'hospitalisation en secteur stérile. Certains de nos sujets ont également bénéficié d'un suivi psychologique après leur sortie du secteur stérile et ceci pendant la période aigüe (les 100 premiers jours postgreffe), ce qui a pu altérer la validité des mesures à ce temps.

1.3. Autres limites

D'autres limites de la présente recherche sont également à mentionner :

- *les modalités de recueil des données à T2 et à T3*: même si la plupart des patients ont souhaité remplir le protocole à T2 et à T3 pendant leur présence à l'hôpital de jour du service et nous le rendre le jour-même, certains d'entre eux ont préféré le compléter seuls et le renvoyer dans une enveloppe pré-timbrée dans les jours qui suivaient. Ainsi, le recueil des données à T2 et à T3 n'a pas été totalement homogène.

- *le choix des outils d'évaluation* : les méthodes d'évaluation directes, telles que les auto-questionnaires, sont limitées dans ce qu'elles apprécient. Comme nous l'avons déjà mentionné en amont, les évaluations sont standardisées et sont sujettes à des résistances et à des biais, en particulier celui de la désirabilité sociale : certains patients ont pu alors, volontairement ou non, minimiser les symptômes, avoir envie de se montrer plus fort ou dans une meilleure forme. Rappelons ici que la société actuelle a tendance à inviter les patients à être "combatifs" face à la maladie et à "se montrer forts", à ne pas "baisser les bras".

2. Perspectives

Le champ de la recherche dans le domaine de la psycho-oncologie est très large, et nombreux sont les aspects de la prise en charge qui nécessiteraient plus d'approfondissements.

Tout d'abord nous soulignerons l'intérêt de contrevalider les résultats de la présente étude sur une population plus large. Nous avons souligné auparavant qu'une des limites de cette étude est le nombre faible de patients finalement inclus ayant participé à l'étude jusqu'au bout. Il nous semble alors primordial de contrevalider ces résultats sur un nombre de sujets plus important, afin de s'assurer que les résultats rapportés dans la présente étude se maintiennent.

De même, une autre ouverture concerne la possibilité de contrevalider ces résultats sur un temps plus long. D'une part, il serait opportun de planifier un 4^{ème} temps d'évaluation plus

à distance (à un an, par exemple) afin de voir si les tendances observées à 3 mois (J100) se maintiennent ; d'autre part, il conviendrait de proposer une prise en charge par la relaxation psychothérapique sur une période plus longue et d'en évaluer les effets observés. Nous avons évoqué et souligné, aussi bien dans la partie théorique que dans la discussion, que la relaxation psychothérapique a des effets, certes immédiats, de détente et de bien-être, mais qu'elle a aussi et surtout une action différée dépendant des facteurs propres à chaque patient. Ce dernier point concerne plus particulièrement la dimension psychothérapique en tant que pratique qui agit dans le long terme. La relaxation mériterait alors d'être testée dans sa dimension psychothérapique auprès de cette population. Rappelons ici que la maladie en elle-même inscrit le sujet dans une notion de temporalité.

Par ailleurs, une autre perspective serait de valider ces résultats auprès des sujets atteints d'autres formes de cancers, tout au long de leur parcours thérapeutique. Dès l'annonce de la maladie cancéreuse, pendant la prise en charge active, durant la période de rémission ou même au cours de la prise en charge dite palliative où le corps est encore plus éprouvé, "refoulé" voire douloureux, nous pensons que cette intervention psychothérapique peut avoir toute sa place.

Enfin, une dernière ouverture que nous souhaiterions aborder ici concerne l'impact de la relaxation psychothérapique sur d'autres dimensions, comme celle de la douleur.

Tout d'abord, l'évaluation de la dimension psychoaffective de la douleur dans le cadre de la maladie cancéreuse, avant et après chaque séance de relaxation psychothérapique, ainsi que son évolution dans le temps, nous semble un domaine de grand intérêt : les techniques qui mettent le corps au premier plan, comme la relaxation ou encore la sophrologie, sont de plus en plus utilisées dans la prise en charge des sujets douloureux chroniques. Dans le domaine de la cancérologie, l'utilisation de la relaxation psychothérapique auprès de sujets ayant des douleurs séquellaires (post-mastectomie, par exemple) ou en phase terminale, pourrait ouvrir un champ de recherche intéressant. Rappelons ici que la relaxation psychothérapique utilise la

suggestion. Les inductions verbales, le toucher, la voix et la posture du thérapeute sont autant de supports à la suggestion. Penser ou bien alors toucher, au sens propre ou figuré, un corps douloureux ?

CONCLUSION GENERALE

Tout au long de ce travail, nous avons tenté d'explorer l'impact psychologique de la maladie cancéreuse et plus particulièrement du cancer hématologique sur les modalités d'ajustement du sujet qui y est confronté.

Nous avons essayé de faire un état de lieux des résultats de diverses études menées dans le domaine.

Nous avons testé une prise en charge spécifique, une prise en charge corps à corps, auprès d'une population fragile : celle de patients isolés dans une chambre stérile petite et sombre et ceci pendant plusieurs semaines.

Nous avons expérimenté le double rôle de clinicien et d'investigateur tout en essayant que l'un ne pèse pas sur l'autre, en aucune manière, avec notre considération éthique et notre déontologie de clinicienne toujours au premier plan.

Enfin, nous avons cherché à illustrer par des mots, les ressentis de nos patients dont nous sommes témoin tous les jours : leur vécu, souvent entre la peur et l'envie de vivre, entre l'angoisse et le désir d'être libre, sur le fil de la vie en passant parfois par les couloirs sombres de la peur de mourir.

Pour conclure donc, nous sommes persuadés aujourd'hui que la relaxation psychothérapique a toute sa place dans un cadre aussi spécifique et autant médicalisé que celui d'une hospitalisation en secteur stérile pour une greffe de moelle osseuse. Le thérapeute relaxateur qui touche, et qui parle, peut être le garant d'un cadre sécurisant. La relaxation, par sa technique particulière qu'elle implique, va permettre aux patients de progressivement se sentir mieux. Leur vécu sera encore douloureux mais mieux supporté.

En effet, nous sommes convaincue que la relaxation psychothérapique appliquée dans un tel contexte a des effets immédiats, de détente et de bien-être, mais aussi, dans sa dimension psychothérapique, un impact différé dépendant des facteurs propres à chaque

patient. Un impact positif surtout au niveau de la symptomatologie anxieuse consécutive à la maladie et de l'image du corps très éprouvée dès l'annonce même du diagnostic et tout au long de la prise en charge. Dans ce contexte, la création d'un cadre contenant et sécurisant tel que le propose la relaxation psychothérapique ne peut qu'apporter au patient une plus value dans le court et le long terme, et elle peut aussi ouvrir les portes pour un travail psychothérapique dans le long terme si le patient le désire. D'ailleurs sur la question du temps nécessaire, Ranty (2001) fait une distinction d'emblée entre l'objectif "d'obtenir un effet momentané de repos, de détente et de plaisir", et celui "d'entraîner un mieux-être durable".

La relaxation psychothérapique ne remplace dans aucun cas le suivi psychologique traditionnel mais elle viendra peut-être accompagner voire compléter les effets positifs indéniables d'une prise en charge psychologique en y incluant la dimension corporelle. Le corps dans le cadre de la maladie cancéreuse est souvent abordé de manière douloureuse et toute de sa valeur protectrice et sécurisante est souvent exclu. Nous pensons que dans ce contexte la relaxation psychothérapique a justement ce rôle fondamental : celui de veiller à ce que le sujet maintienne ou récupère cette sensation sécurisée dans son propre corps.

Nous voulons conclure notre propos en rappelant le vécu de clinicien-investigateur que fut le nôtre. Entre différence et complémentarité, ce double rôle n'a pas toujours été évident et il a parfois nécessité de faire des choix. Toutefois, ces choix ont toujours été du côté du patient, avec le souci de répondre au mieux à ses besoins.

BIBLIOGRAPHIE

Allart, P., Soubeyran, P., Cousson-Gélie, F. (2013). Are Psychosocial factors associated with quality of life in patients with haematological cancer ? A critical review of the literature. *Psycho Oncology*, 22, 241-249.

Acklin, M.W., & Alexander, G. (1988). Alexithymia and somatization: A Rorschach study of four psychosomatic groups. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 343-350.

Ajuriaguerra, J. & Cahen, M. (1960). Tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 2, 89-124.

Altmaier, E.M., Ewell, M., McQuellon, R., Geller N., Carter S.L., Henslee-Downey J., Davies S., Papadopoulos E., Yanovich S., Gingrich R. (2006). The effect of unrelated donor marrow transplantation on health-related quality of life: a report of the unrelated donor marrow transplantation trial (T-cell depletion trial). *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 12, 648-655.

Abramson, L.Y., Selligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned Helplessness in Humans. Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Al-Azri, M., Al-Awisi, H., & Al-Moundhri, M. (2009). Coping with a diagnosis of breast cancer. Literature review and implications for developing countries. *The Breast Journal*, 15(6), 615-622.

Amler, S., Sauerland, M.C., Deiters, C., Büchner, T. & Schumacher, A. (2015). Factors influencing life satisfaction in acute myeloid leukemia survivors following allogeneic stem cell transplantation: a cross-sectional study. *Health and Quality of life outcomes*, 27, 13, 28.

Andersson, I., Ahlberg, K., Stockelberg, D., Brune, M. & Persson, L.O. (2009). Health-related quality of life in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation after reduced intensity conditioning versus myeloablative conditioning. *Cancer Nursing*, 32(4), 325-334.

Anderson, K.O., Giralt, S.A., Mendoza, T.R., Brown, J.O., Neumann, J.L., Mobley, G.M., Wang, X.S. & Cleeland, C.S. (2007). Symptom burden in patients undergoing autologous stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 39, 759-766.

Andrykowski, M.A., Cordova, M.J., Hann, D.M., Jacobsen, P.B., Fields, K.K. & Phillips, G. (1999). Patients' psychosocial concerns following stem cell transplant. *Bone Marrow Transplantation*, 24(10), 1121-1129.

Andrykowski, M.A., Bruehl, S., Brady, M.J. & Henslee-Downey, P.J. (1995). Physical and psychosocial status of adults one-year after bone marrow transplantation: a prospective study. *Bone Marrow Transplantation*, 15, 837-844.

Antonovski, A. (1991). *Untraveling The Mystery of Health : How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Apfel, R.J., & Sifneos, P.E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.

- Arora, N.K., Finney-Rutten, L.J., Gustafson, D.H., Moser, R., & Hawkins, R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(5), 474-486.
- Ascher, J. & Jouet J.P., (2004). *La greffe, entre biologie et psychanalyse*. Paris: PUF.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A. & Taylor, G. J. (1994a). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J. & Parker, J.D.A. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Baker, F., Zabora, J., Polland, A. & Wingard J.(1999). Reintegration after bone marrow transplant. *Cancer Practice*. 7(4),190-197.
- Balint, M., (1960). *Le médecin, le malade et la maladie*. Traduit de l'anglais par J.P. Valabrega, Paris : PUF.
- Balck, F., Lippmann, M., Jeszenszky, C., Günther, K.P. & Kirschner, S. (2015). The influence of optimism on functionality after total hip replacement surgery. *Journal of Health Psychology*. [Epub ahead of print]
- Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bar-On, R. (1997). *Bar On Emotional Quotient Inventor y (EQ -i): Technical manual*. Toronto: Multi- Health Systems.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. In B.H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support*, Beverly Hills: Sage.
- Barrera, M. & Ainlay, S. (1983). The structure of Social support : A conceptual ans Empirical Analusis. *American Journal of Community Psychology*, 11, 133-143.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barrera, M., Sandier, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Bass, C., Henry, M. & Mathelin, C. (2008). Les reconstructions mammaires : enjeux médicaux et psychologiques. *Psychooncologie*, 2, 71-76.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive Models of Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 1(5) 37.

- Beck, A.T. & Clark, D.A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategies processes. *Behavior Research and Therapy*, 35, 49-58.
- Ben-Zur, H. (1999). The effectiveness of coping meta-strategies: Perceived efficiency, emotional correlates and cognitive performance. *Personality and Individual Differences*, 26, 923-939.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39.
- Beresnevaite, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 117-122.
- Bergès, J. & Bounes, M. (1979). *La relaxation psychothérapique chez l'enfant*. Paris: Masson.
- Bergner, M., Bobbitt, R.A. & Carter, W.B. (1981). The Sickness Impact Profile : Development and Final Revision of a Health Status Measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Bermond, B. & Vorst, H.C. (1994a). *Alexithymia as a conjunctive model of traits*. Manuscrit non publié. Université d'Amsterdam, Pays-Bas.
- Bermond, B. & Vorst, H.C. (1994b). *De Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst : Normeringsonderzoek [Le questionnaire d'alexithymie de Bermond-Vorst: Normes et validation]*, Manuscrit non publié, Université d'Amsterdam, Pays-Bas.
- Bermond, B. & Vorst, H.C. (1998). *Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*. Manuscrit non publié, Université d'Amsterdam, Pays-Bas.
- Bermond, B., Vorst, H.C., Vingerhoets, A.J.J.M. & Gerritsen, W. (1999). The Amsterdam Alexithymia Scale: Its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 241-251.
- Berthoz, S., Ouhayoun, B., Perez-Diaz, F., Consoli, S. M. & Jouvent, R. (2000). Comparison of the psychometric properties of two self-report questionnaires measuring alexithymia: Confirmatory factor analysis of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire. *European Review of Applied Psychology*, 50, 35-36.
- Bevans, M.F., Marden, S., Leidy, N.K., Soeken, K., Cusack, G., Rivera, P., Mayberry, H., Bishop, M.R., Childs, R. & Barrett, A.J. (2006). Healthrelated quality of life in patients receiving reduced-intensity conditioning allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 38, 101-109.
- Bevans, M.F., Mitchell, S.A. & Marden, S. (2008). The symptom experience in the first 100 days following allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). *Support Care Cancer*, 16, 1243-1254.
- Bion, W.R. (1964). Une théorie de la pensée. *Revue Française de la Psychanalyse*, 1, 75-84.
- Bion, W.R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.

Bloom, J.R. & Spiegel, D. (1984). The relationship of the two dimensions of social support to the well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, 831-837.

Boyes, A.W., Girgis, A., D'Este, C. & Zucca, A.C. (2011). Flourishing or floundering? Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population-based sample of adult cancer survivors 6 months after diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 184-192.

Braamse, A.M.J., Gerrits, M.M.J.G., Meijel, Van B., Visser, O., Oppen, Van P., Boenink, A.D., Cuijpers, P., Huijgens, P.C., Beekman, A.T.F. & Dekker J. (2012). Predictors of health-related quality of life in patients treated with auto-and allo-SCT for hematological malignancies. *Bone Marrow Transplantation*, 47, 757-769.

Bredart, A., Swaine-Verdier A. & Dolbeault, S. (2007). Traduction/adaptation française de l'échelle «Body Image Scale » (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-Oncologie*, 1, 24-30.

Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

Brintzenhofe-Szoc, K.M., Levin, T.T., Li, Y., Kissane, D.W. & Zabora, J.R. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50(4), 383-391.

Broers, S., Kaptein, A.A., Le Cessie, S., Fibbe W. & Hengeveld MW. (2000). Psychological functioning and quality of life following bone marrow transplantation: a 3-year follow-up study. *Journal of Psychosomatics Research*, 48, 11-21.

Brown, K.W., Levy, A.R., Rosberger, Z. & Edgar, L. (2003). Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 636-643.

Bruce, J., Thornton, A.J., Powell, R., Johnston, M., Wells, M., Heys, S.D., Thompson, A.M., Cairns-Smith, W., Chambers, W.A. & Scott, N.W. (2014). Psychological, surgical, and sociodemographic predictors of pain outcomes after breast cancer surgery: a population-based cohort study. *Pain*, 155(2), 232-243.

Bruchon-Schweitzer, M. & Paulhan, I. (1993). *Manuel inventaire d'anxiété état-trait*. Paris: Edition du CPA.

Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the Body Image : The BIQ. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 887-892.

Bruchon-Schweitzer, M., (1990). *Une Psychologie du corps*. Paris : PUF.

Bruchon-Schweitzer & Quintard, B. (2001). *Personnalité et Maladies*. Stress, coping et ajustement, Paris : Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la Psychologie de la santé*. Paris : Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M. & Boujut, E. (2014). 2ème Edition, Paris: Dunod.

- Buchanan, G. M., & Seligman, M. E. P. (1995). *Explanatory style*. Hillsdale : NJ, Erlbaum.
- Bush, N.E., Donaldson, G.W., Haberman, M.H., Dacanay, R. & Sullivan, K.M. (2000). Conditional and unconditional estimation of multidimensional quality of life after hematopoietic stem cell transplantation: a longitudinal follow-up of 415 patients. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 6, 576-591.
- Büyükaşık-Colak, C., Gündoğdu-Aktürk, E. & Bozo, O. (2012). Mediating role of coping in the dispositional optimism-posttraumatic growth relation in breast cancer patients. *The Journal of Psychology*, 146(5), 471-483.
- Byrne, D. (1964). Repression-Sensitization as a Dimension of Personality. In B.A. Mahler (éd.), *Progress in Experimental Personality Research*, New York : Academic Press.
- Calaminus, G, Weinspach, S, Teske, C. & Gäbel U. (2007). Quality of survival in children and adolescents after treatment for childhood cancer: the influence of reported late effects on health related quality of life. *Klinische Padiatra*, 219, 152-157.
- Calaminus, G., Weinspach, S., Teske, C. & Gäbel, U. (2000). Quality of life in children and adolescents with cancer. First results of an evaluation of 49 patients with the PEDQOL questionnaire. *Klinische Padiatra*, 212, 211-215.
- Caminiti, C., Campione, F., Sivelli, C., Diodati, F. & Passalacqua R. (2004). Prevalence, predictors and risk factors of anxiety and depression in cancer patients. A nation-wide survey. *Journal of Clinical Oncology*, ASCO Annual Meeting Proceedings. 22. Post-Meeting Edition :8121.
- Carta, M.G., Orrù, W., Hardoy, M.C. & Carpinello, B. (2000). Alexithymia and early diagnosis of uterine carcinoma: results of a case-control study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 339-340.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L.Jr. & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but protocols are too long : consider the Brief Cope. *International Journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: a handbook of theory, research and clinical practice*. The Guilford Press: New York.
- Cassel, J., (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

Çavuşoğlu, H. & Sağlam, H. (2015). Examining the perceived social support and psychological symptoms among adolescents with leukemia. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 20(1), 76-85.

Cayrou, S., & Dickès, P. (2008). *Les facteurs associés à l'ajustement mental des malades du cancer. Un exemple d'utilisation de la MAC*. In : La vie deux ans après le diagnostic de cancer. La Documentation française, DRESS-INSERM, collection Etudes et statistiques.

Chabrol, H. & Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod

Chang, G., Orav, E.J., McNamara, T.K., Tong, M.Y. & Antin, J.H. (2005). Psychosocial function after hematopoietic stem cell transplantation. *Psychosomatics*, 46, 34-40.

Cheung, Y.L., Molassiotis, A. & Chang, A.M., (2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(3), 254-266.

Chiodi, S., Spinelli, S., Ravera, G., Petti, A.R., Van Lint, M.T., Lamparelli, T., Gualandi, F., Occhini, D., Mordini, N., Berisso, G., Bregante, S., Frassonì, F., et Bacigalupo, A. (2000). Quality of life in 244 recipients of allogeneic bone marrow transplantation. *British Journal of Haematology*, 110, 614-619.

Clarke, D.M. & Currie K.C. (2009). Depression, Anxiety, and their relationship with chronic diseases : A review of their epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical American Journal*, 190, 554-560.

Clinton-McHarg, T., Carey, M., Sanson-Fisher, R., Tzelepis, F., Bryant, J. & Williamson, A. (2014). Anxiety and depression among haematological cancer patients attending treatment centres: prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 165, 176-181.

Cobb, S., (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Cohen, S. & Wills, T.H. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Constant, A. (2004). *Etude des facteurs prédictifs des troubles de l'humeur induits par interféron alpha au cours du traitement de l'hépatite C chronique. Approche descriptive et transactionnelle*. Thèse de doctorat de l'Université de Bordeaux II.

Cotton, S.P., Levine, E.G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H. & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(5), 429-438.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française de la W.C.C. *Psychologie Française* 41(2), 155-164.

Cousson-Gélie, F. (2000). Breast cancer, coping and quality of life: a semi-prospective study. *European Review of Applied Psychology*, 3, 315-320.

- Cousson-Gélie, F., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dihuldy, J.M. & Lakja, F. (2005). Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychological Reports*, 97(3), 699-711.
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dihuydy, J.M. & Jutand, M.A. (2007). Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A tenyear follow-up study. *Psychosomatics*, 48, 211-216.
- Curbow, B., Somerfield, M.R., Baker, F., Wingard, J.R. & Legro, M.W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(5), 423-443.
- Cutrona, C.E. & Russelli, D. W. (1990). Type of social support and specific stress : Toward a theory of optimal matching, In Sarason, B.R., Sarason, I.G. & Pierce, G.R. EDS. *Social Support, An Interactionnal View*, 319-366.
- Danhauer, S.C., Crawford, S.L., Farmer, F. & Avis, N.E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 371-379.
- Dany, L., Apostolidis, T., Cannone, P., Suarez-Diaz, E. & Filipetto, F. (2009). *Psycho Oncologie*, 3, 101-117.
- Davidge, K, Bell, R., Ferguson, P., Turcotte, R., Wunder, J. & Davis, A.M. (2009). Patient expectations for surgical outcome in extremity soft tissue sarcoma. *Journal of Surgical Oncology*, 100(5), 375-381.
- Davis, E., MacKinnon, A., Reddihough, D., Graham, H.K., Mehmet-Radji, O. & Boyd, R. (2006). Paediatric Quality of Life Instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48, 311-318.
- Deschamps, D., (1997). *Psychanalyse et cancer : au fil de mots...un autre regard*. Paris : L'Harmattan.
- De Vries, A.M., Forni, V., Voellinger, R., Stiefel, F. (2012). Alexithymia in cancer patients: review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(2), 79-86.
- Dolto, F., (1984). *L'image inconsciente du corps* - Seuil : Paris.
- Dreyfus M., (2005). *La technique de la relaxation à induction variable*. In *Entre mots et toucher, le corps en transfert, Relaxation Psychanalytique Méthode Sapir*. Grenoble : La pensée sauvage. 89-91.
- Dudoit, E., Dany, L., Blois, S. & Cuvell, C (2007). Rôle de l'identité sexuée et de l'influence du genre pour l'analyse des soins de support en oncologie. *Psychooncologie*, 1, 265-275.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E. & Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Endler, N.S. & Summerfeldt, L.J. (1998). Coping with health problems : De"veloping a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10(3), 195.

El-Jawahri, A.R., Traeger, L.N., Kuzmuk, K., Eusebio, J.R., Vandusen, H.B., Shin, J.A., Keenan, T., Gallagher, E.R., Greer, J.A., Pirl, W.F., Jackson, V.A., Ballen, K.K., Spitzer, T.R., Graubert, T.A., McAfee, S.L., Dey, B.R., Chen, Y.B. & Temel, J.S. (2015). Quality of life and mood of patients and family caregivers during hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*, 121(6), 951-959

Engedal, K. (1996). Mortality in the elderly—A 3-year follow-up of an elderly community sample. *International journal of geriatric psychiatry*, 11(5), 467-471.

Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. & Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.

Etienne, A.M., Dupuis, G., Spitz, E., Lemétayer, F. & Missotten, P. (2011). The Gap Concept as a Quality of Life Measure. Validation study of the Child Quality of Life Systemic Inventory. *Social Indicators Research*, 100, 241-257.

Evans, D.R., Thompson, A.B., Browne, G.B., Barr, R.M. & Barton, W.B. (1993). Factors associated with the psychological well-being of adults with acute leukemia in remission. *Journal of Clinical Psychology*, 49(2), 153-160.

Eysenck, M. (1989). Personality, stress arousal and cognitive processes in stress transactions. In R. W. J. Neufeld (ed.), (pp. 133-160). *Advances in the investigation of psychological stress*. New-York : John Wiley& Sons.

Fayed, N., De Camargo, O.K., Kerr, E., Rosenbaum, P., Bostan, C., Faulhaber, M., Raina, P. & Cieza, A. (2012). Generic Patient-Reported Outcomes in Child Research: A review of Conceptual Content Using World Health Organization Definitions. *Developmental Medecine and Child Neurology*, 54(12), 1085-1095.

Felder, B.E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nursing*, 27, 320-324.

Fernandez, A., Sriram, T.G., Rajkumar, S. & Chandrasekar, A.N. (1989). Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: A controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(1), 45-50.

Fisher, S. & Cleveland, S. E. (1958). *Body image and personality*. New-York : Van Nostand&Reinhold.

Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image*. London : Laurence Erlbaum.

Filazoglu, G. & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health and Medicine*, 13(5), 559-573.

Fitzgerald, T.E., Tennen, H., Affleck, G. & Pransky, G.S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medecine*, 16(1), 25-43.

Fraser, C.J., Bhatia, S., Ness, K., Carter, A., Francisco, L., Arora, M., Parker, P., Forman, S., Weisdorf, D., Gurney, J.G. & Baker K.S. (2006). Impact of chronic graft-versus-host disease

on the health status of hematopoietic cell transplantation survivors: a report from the Bone Marrow Transplant Survivor Study. *Blood*, 10, 2867-2873.

Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342.

Friedman, G., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M.F. & Liscum, K.R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 15, 595-603.

Ganz, P.A, Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M.L. & Petersen L. (1996). Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38, 183-199.

Gentry, W.D. & Kobasa, S. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In: W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine*, 87-113. New York : Guilford.

Gerits, L.J.H. (1997). *Psychoneuroimmunology and breast cancer: predictors of acute stress symptoms as a consequence of the diagnosis*. Dissertation. University of Leiden, Leiden, Germany.

Gifford, G., Sim, J., Horne, A. & Ma, H. (2013). Health status, late effects and long-term survivorship of allogeneic bone marrow transplantation : a retrospective study. *Internal Medicine Journal*, 44(2), 139-147.

Goerling, U., Jaeger, C., Walz, A., Stickel, A., Mangler, M. & Van der Meer, E. (2014). The efficacy of short-term psycho-oncological interventions for women with gynaecological cancer : a randomized study. *Oncology*, (87), 114-124.

Gough, H.G., & Heilbrun, A.B. (1980). *The Adjective Check-List Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Grant, M., Cooke, L., Williams, A.C., Bhatia S., Popplewell, L., Uman, G. & Forman, S. (2012). Functional status and health-related quality of life among allogeneic transplant patients at hospital discharge: a comparison of sociodemographic, disease, and treatment characteristics. *Support Care Cancer*, 20(11), 2697-2704.

Grassi, L., Malacarne, P., Maestri, A. & Ramella, E. (1997). Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer. *Journal of affective disorders*, 44(1), 21-30.

Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A. & Marangolo, M., (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 1, 11-20.

Grassi, L., Rossi, E., Sabato, S., Cruciani, G., & Zambelli, M. (2004). Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics*, 45(6), 483-491.

Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K.W. (1979). Psychological Response to Breast Cancer Effects on Outcome. *The Lancet*, II, 785-787.

- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W. & Haybittle, J.L. (1990). Psychological Response to Breast Cancer and 15 years Outcome. *The Lancet*, *I*, 49-50.
- Gregurek, R., Brajković, L., Kalenić, B., Braš, M. & Peršić-Brida, M. (2009). Five years study on impact of anxiety on quality of life in patients treated with bone marrow transplantation. *Psychiatria Danubina*, *21*(1), 49-55.
- Greinix, H.T. (2002). Long-term outcome and quality of life of patients who are alive and in complete remission more than two years after allogeneic and syngeneic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, *30*, 619-626.
- Grulke, N., Albani, C. & Bailer, H. (2012). Quality of life in patients before and after haematopoietic stem cell transplantation measured with the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of life Core Questionnaire QLQ-C30. *Bone Marrow Transplantation*, *47*, 473-482.
- Grulke, N., Bailer, H., Kachele, H. & Bunjes, D. (2005). Psychological distress of patients undergoing intensified conditioning with radioimmunotherapy prior to allogeneic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, *35*, 1107-1111.
- Guelfi, J.D., Boyer, P., Consoli, S. & Olivier-Martin, R. (2004). *Psychiatrie*, Paris : PUF
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J. & Hietanen, P. (2012). Predictors of distress in cancer patients and their partners: the role of optimism in the sense of coherence construct. *Psychology and Health*, *27*(2), 178-195.
- Hall, A.E., Sanson-Fisher, R.W., Lynagh, M.C., Tzelepis, F. & D'Este, C. (2015). What do haematological cancer survivors want help with? A cross-sectional investigation of unmet supportive care needs. *BMC Research Notes*, *6*(8), 221.
- Hamerschlak, N., De Souza, C., Cornacchioni, AL., Pasquini, R., Tabak, D., Spector, N. & Steagall, M. (2014). Quality of life of chronic myeloid leukemia patients in Brazil: ability to work as a key factor. *Support Care cancer*, *22*, 2013-2018.
- Henningsen, P., Zimmermann, T. & Sattel, H. (2003). Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety And Depression : A Meta-Analytic Review. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 528-533.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression scale : a review of validation data and clinic results. *Journal of Psychosomatics Resources*, *42* (1), 17-41.
- Hewitt, M. & Rowland, J.H. (2002). Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey. *Journal of Clinical Oncology*, *1*:20(23), 4581-4590.
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Tanskanen A., Haatainen, K. & Viinamäki, H. (2004). Alexithymia and suicidal ideation: a 12-month follow-up study in a general population. *Comprehensive Psychiatry*, *45*(5), 340-345.

Hinz, A., Krauss, O., Hauss, J.P., Höckel, M., Kortmann, R.D., Stolzenburg, J.U. & Schwarz, R. (2009). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European Journal of cancer care*, 19(4), 522-529.

Hissard, M.J. (1988). *Les Relaxations thérapeutiques aujourd'hui*. Paris: L'Harmattan. Tome 1.

Hissard, M.J. (1988). *Les Relaxations thérapeutiques aujourd'hui*. Paris: L'Harmattan. Tome 2.

Hjermstad, M.J., Evensen, S.A., Kvaloy, S.O., Fayers, P.M., Kaasa, S. (1999). Health-related quality of life 1 year after allogeneic or autologous stem-cell transplantation: a prospective study. *Journal of Clinical Oncology*, 17, 706-718.

Hjermstad, M.J., Knobel, H., Brinch, L., Fayers, P.M., Loge, J.H., Holte, H., Kaasa, S.A. (2004). A prospective study of health-related quality of life, fatigue, anxiety and depression 3-5 years after stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 34, 257-266.

Hobfoll, S.E. (1985). Limitations of social Support in the Stress process. In I.G. Sarason and B.R. Sarason (éd) *Social Support : Theory, Research and application*, p. 391-414. La Haye, Martinus Nijhoff.

Hochhausen, N., Altmaier, E.M., McQuellon, R., Davies, S.M., Papadopolous, E., Carter, S. & Henslee-Downey, J. (2007). Social support, optimism, and self-efficacy predict physical and emotional well-being after bone marrow transplantation. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(1), 87-101.

Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G.E., Wyse, R., Hobbs, K.M. & Wain, G. (2007). Life after cancer: couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs. *Supportive Care in Cancer*, 15, 405-415.

Holland, K.D. & Holahan, C.K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-29.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104.

Hoodin, F., & Weber, S. (2003). A systematic review of psychosocial factors affecting survival after bone marrow transplantation. *Psychosomatics*, 44(3), 181-195.

Hoon, L.S., Chi Sally, C.W. & Hong-Gu, H. (2013). Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 883-891.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197.

House, J. S. (1981). *Work, Stress and Social Support*. Addison-Wesley, Reading, M.A..

Humphreys, C.T., Tallman, B., Altmaier, E.M. & Barnette, V. (2007). Sexual functioning in patients undergoing bone marrow transplantation: a longitudinal study. *Bone Marrow Transplantation*, 39, 491-496.

Hunt, S.M., McEwen, J. & McKenna, S.P. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective Health Status and Medical Consultations. *Social Sciences and Medicine*, 15, 221-229.

Hunt, S.M., McKenna, S.P. & McEwen, J. (1989). *Nottingham Health Profile : user's Manual*. Manchester.

Irachabal, S., Koleck, M., Rasclé, N. & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Pain coping strategies : French adaptation of the coping strategies questionnaire (CSQ-F). *L'Encephale*, 34(1), 47-53.

Iredale, R., Brain, K., Williams, B., France, E. & Gray, J. (2006). The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom. *European Journal of Cancer*, 42, 334-341.

Irvine, D.M., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J. & Browne, G. (1991). Psychological adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67, 1097-1117.

Isa, M.R., Moy, F.M., Abdul-Razack, A.H., Zainuddin, Z.M. & Zainal, N.Z. (2013). Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the level of depression, anxiety and stress among prostate cancer patients: a quasi-experimental study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(4), 2237-2242.

Jadoulle, V., Robkani, L., Ogez, D., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M. & Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer: a six-month perspective study. *Bulletin du Cancer*, 93(7), 67-72.

Janicsák, H., Masszi, T., Reményi, P., Ungvari, G.S. & Gazdag, G. (2013). Quality of life and its socio-demographic and psychological determinants after bone marrow transplantation. *European Journal of Haematology*, 91(2), 135-140.

Jenks-Kettmann, J.D. & Altmaier, E.M. (2008). Social support and depression among bone marrow transplant patients. *Journal of Health Psychology*, 13, 39-46.

Jimerson, D.C., Wolfe, B.E., Franko, D.L., Covino, N.A. & Sifneos, P.E. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56(2), 90-93.

Johnson-Vickberg, S.M., Duhamel, K.N., Smith, M.Y., Manne, S.L., Winkel, G., Papadopoulos, E.B. & Redd, W.H. (2001). Global meaning and psychological adjustment among survivors of bone marrow transplant. *Psychooncology*, 10(1), 29-39.

Judd, C.M., & Kenny, D.A. (1981). Process analysis: Estimating mediation in treatment evaluations. *Evaluation Review*, 5, 602-619.

Kang, H.J., Bae, K.Y., Kim, S.W., Shin, I.S., Yoon, J.S. & Kim, J.M. (2015). Anxiety symptoms in Korean elderly individuals: a two-year longitudinal community study. *International Psychogeriatrics*, 24, 1-11.

Kang, H.J., Kim, S.Y., Bae, K.Y., Kim, S.W., Shin, I.S., Yoon, J.S. & Kim, J.M. (2015). Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. *Chonnam Medical Journal*, 51(1), 8-18.

Kano, M., & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Biopsychosocial Medicine*, 7(1), 1.

Kaplan, R.M. & Ries, A.L. (2007). Quality of life: Concept and Definition. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 263-271.

Keltikangas-Järvinen, L. (1985). Concept of alexithymia. I. The prevalence of alexithymia in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(3), 132-138.

Kemmler, G., Holzner, B. & Kopp, M. (2002). Multidimensional Scaling as a tool for analyzing quality of data. *Quality of Life Research*, 11, 223-233.

Kemp, S., Morley, S. & Anderson, E. (1999). Coping with epilepsy: do illness representations play a role?. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 43-58.

Kim, E.S., Park, N. & Peterson, C. (2011). Dispositional optimism protects older adults from stroke: the Health and Retirement Study. *Stroke*, 42(10), 2855-2859.

Kiss, T.L., Abdoell, M., Jamal, N., Minden, M.D., Lipton, J.H. & Messner, H.A. (2002). Long term medical outcomes and quality-of-life assessment of patients with chronic myeloid leukemia followed at least 10 years after allogeneic bone marrow transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 2334-2343.

Kleiger, J.H., & Kinsman, R.A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 17-24.

Koetsenruijter, J., Lieshout, J., Lionis, C., Portillo, M., Vassilev, I., Todorova, E., Foss, C., Serrano, M., Ruud, Knutsen I., Angelaki, A., Mujika, A., Roukova, P., Kennedy, A., Rogers, A. & Wensing, M. (2015). Social Support and Health in Diabetes Patients: An Observational Study in Six European Countries in an Era of Austerity. *Plos one*, 25, 10(8).

Kokkonen, P., Karvonen, J.T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M.R. & Joukamaa, M. (2001) Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry* 42(6), 471-476.

Koleck, M., Bruchon-Schwetitzer M., Cousson-Gélie F., Gilliard J., Quintard B. (2002). The Body image questionnaire : an extension. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 189-196.

Korkoliakou, P., Christodoulou, C., Kouris, A., Porichi, E., Efstathiou, V., Kaloudi, E., Kokkevi, A., Stavrianeas, N., Papageorgiou, C., Douzenis, A. (2014). Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Annals of General Psychiatry*, 10;13(1), 38.

Korszun, A, Sarker, S.J., Chowdhury, K., Clark, C., Greaves, P., Johnson, R., Kingston, J., Levitt, G., Matthews, J., White, P., Lister, A., Gribben, J. (2014). Psychosocial factors associated with impact of cancer in longterm haematological cancer survivors. *British Journal of Haematology*, 164(6), 790-803.

- Kovačič, T., Zagoričnik, M., & Kovačič, M. (2013). Impact of relaxation training according to the Yoga In Daily Life® system on anxiety after breast cancer surgery. *Journal of Complementary and Intergrative Medicine*, 16, 10.
- Kuczmierczyk, A.R., Labrum, A.H. & Johnson, C.C. (1995). The relationship between mood, somatization, and alexithymia in premenstrual syndrome. *Psychosomatics*, 36(1), 26-32.
- Kurt, M.E., Kurtz, J.C., Given, C.W. & Given, B.A. (2008). Patient optimism and mastery-do they play a role in cancer patients' management of pain and fatigue? *Journal of pain and Symptom Management*, 36(1), 1-10.
- Lane, R.D., Ahern, G.L., Schwartz, G.E. & Kaszniak, A.W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological Psychiatry*, 42, 834-844.
- Lane, R.D., Sechrest, L. & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 377-385.
- Lane, R.D., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D.E. & Kaszniak A.W. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style, *Psychosomatic Medicine*. 62(4), 492-501.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Lavoie, K., Moullec, G. & Sultan S. (2012). *Vulnérabilité affective et santé*. In S. Sultan et L. Varescon (éds.), *Psychologie de la santé*, Paris, PUF, p.112-130.
- Lauriola, M., Panno, A., Tomai, M., Ricciardi, V. & Potenza, A.E. (2011). Is alexithymia related to colon cancer? A survey of patients undergoing a screening colonoscopy examination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(4), 410-415.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York : Springer.
- Le, R.Q., Bevans, M., Savani, B.N., Mitchell, S.A., Stringaris, K., Koklanaris, E., & Barrett, A.J. (2010). Favorable Outcomes in Patients Surviving 5 or More Years after Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation for Hematologic Malignancies. *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 16(8), 1162-1170.
- Lee, S.J., Fairclough, D., Parsons, S.K., Fairclough, D., Parsons, S.K., Soiffer, R.J., Fisher, D.C., Schlossman, R.L, Antin, J.H. & Weeks J.C. (2001). Recovery after stem-cell transplantation for hematologic diseases. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 242-252.
- Lee, S.J., Kim, H.T., Ho, V.T., Cutler, C., Alyea, E.P., Soiffer, R.J. & Antin, J.H. (2006). Quality of life associated with acute and chronic graft-versus-host disease. *Bone Marrow Transplantation*, 38, 305-10.
- Legoretta, G., Bull, R.H. & Kiely, M.C. (1988). Alexithymia and symbolic function in the obese. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50(2), 88-94.
- Lehmann, V., Hagedoorn, M., Cynthia, A. Gerhardt, C., Fults, M., Olshefski R., Sanderman R. & Tuinman M. (2015). Body issues, sexual satisfaction, and relationship status satisfaction in long-term childhood cancer survivors and healthy controls. *Psycho-Oncology*, [Epub ahead of print].

Lemaitre, J.G. (1969). *La relaxation*. Payot.

Lepine, J.P., Godchau, M., Brun, P. & Lemprière, T. (1985a). Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez les patients hospitalisés dans un service de Médecine interne. *Annales Médico-Psychologiques*, 143, (2), 175-185.

Lepine, J.P., Godchau, M., Brun, P. & Lemprière, T. (1985b). Anxiety and Depression in inpatients. *Lancet*, 2, 8469-8470 : 425-426.

Leplège, A. (1999). *Les mesures de la qualité de vie*. Paris : PUF.

Leplège, A., Ecosse, E., Coste, J., Pouchot, J. & Perneger, T. (2001). *Le questionnaire MOSSF 36 : manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Editions ESTEM.

Leplege, A., Reveillere, C., Ecosse, E., Caria, A., Riviere, H. (2000). Propriétés psychométriques d'un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie, le WHOQOL-26, à partir d'une population de malades neuro-musculaires. *L'Encéphale*, 26(5), 13-22.

Levin, T.T., Li, Y., Riskind, J. & Rai, K. (2007). Depression, anxiety and quality of life in a chronic lymphocytic leukemia cohort. *General Hospital Psychiatry*, 29(3), 251-256.

Li, J. & Lambert, V.A. (2007). Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the People's Republic of China. *Nursing Health Sciences*, 9, 199-204.

Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R. & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 10, 141(2-3), 343-351.

Llewellyn, C.D., Horney, D.J., McGurk, M., Weinman, J., Herold, J., Altman, K. & Smith, H.E. (2013). Assessing the psychological predictors of benefit finding in patients with head and neck cancer. *Psychooncology*, 22(1), 97-105.

Lo Buono, V., Corallo, F., Bramanti, P. & Marino, S. (2015). Coping strategies and health related quality of life after stroke. *Journal of Health Psychology* 27, [Epub ahead of print].

Loas, G., Parker, J.D., Otmani, O., Verrier, A. & Fremaux, D. (1997). Confirmatory factor analysis of the French translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 85, 10-18

Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J.L., Perez- Diaz, F., Guelfi, J.D., Flament, M. & Jeammet, P. (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 255-261.

Loas, G., Fremaux, D. & Boyer, P. (1997). Anhedonia and alexithymia: Distinct or overlapping constructs. *Perceptual and Motor Skills*, 84, 415-425.

Loas, G., Otmani, O., Fremaux, D., Lecercle, C., Duflot, M. & Delahousse, J. (1996a). Etude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS -20) chez un groupe de malades alcooliques. *L'Encéphale*, 22, 35-40.

Loas, G., Otmani, O., Verrier, A., Fremaux, D. & Marchand, M.P. (1996). Factor analysis of the French version of the 20- Item Alexithymia scale (TAS -20). *Psychopathology*, 29, 139-144.

Lourel, M. (2007). La qualité de vie liée a la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. *Recherche en soins infirmiers* 1(88), 4-17.

Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-oncology*, 10(6), 490-502.

Luminet, O., Rokbani, L., Ogez, D. & Jadoulle, V. (2007). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 641-648.

Lumley, M.A., Neely, L.C. & Burger, A.J. (2007). The assessment of Alexithymia in Medical Settings : Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality Assessment*, 89,3, 230-246.

Maass, S.W., Roorda, C., Berendsen, A.J., Verhaak, P.F. & de Bock, G.H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108.

Maggiolini, A., Grassi, R., Adamoli, L., Corbetta, A., Charmet, G.P., Provantini, K., Frascini, D., Jankovic, M., Lia, R., Spinetta, J. & Masera G. (2000). Self-image of adolescent survivors of longterm childhood leukemia. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 417-421.

Manne, S.L., Sabionni, M., Bovbjerg, D.H., Jacobsen, P.B., Taylor, K.L. & Redd, W.H. (1994). Coping with chemotherapy for breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 41-54.

Manna, G., Foddai, E., Di Maggio, M.G., Pace, F., Colucci, G., Gebbia N. & Russo, A. (2007). Emotional expression and coping style in female breast cancer. *Annals of Oncology :Official journal of the European Society for Medical Oncology*, 18(Supplement,6), 77-80.

Mantani, T., Saeki, T., Inoue, S., Okamura, H., Daino, M., Kataoka, T. & Yamawaki, S. (2007). Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Supportive Care in Cancer*, 15(7), 859-868.

Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W., Hervig, L. K., & Vickers, R. R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1067-1074.

Marty, P., de M'Uzan, M. & David, C. (1953). *L'investigation psychosomatique*. Paris : PUF.

Mattila, A.K., Salminen, J.K., Nummi, T. & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research* 61(5), 629-635.

Mazanec, S.R., Daly, B.J., Douglas, S.L. & Lipson, A.R. (2010). The relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(3), 235-243.

Mc Dowel, I. (2006). *Measuring Health. A guide to rating scales and Questionnaires*. Oxford, Oxford University Press, 3^e edition.

McQuellon, R.P., Russell, G.B., Rambo, T.D., Craven B.L., Radford J., Perry, J.J., Cruz J. & Hurd, D.D. (1998). Quality of life and psychological distress of bone marrow transplant recipients: the 'time trajectory' to recovery over the first year. *Bone Marrow Transplantation*, 21, 477-486.

Meijer, A., Zuidersma, M. & M. De Jonge, P. (2013). Depression as a non-causal variable risk marker in conorary heart disease. *BMC Medecine*, 11, 130, 1-8.

Messina, A., Fogliani, A.M., Paradiso, S. (2011). Alexithymia in oncologic disease: association with cancer invasion and hemoglobin levels. *Annals of Clinical Psychiatry*. 23(2), 125-130.

Meyer, M., Londiche M., Dreyfus M., (2005). *Entre mots et toucher, le corps en transfert, Relaxation Psychanalytique Méthode Sapir*. Grenoble : La pensée sauvage.

Moldin, S., Scheftner, W.A., Rice, J.P., Nelson, E., Kneesevich, M.A. & Akiskal, H. (1993). Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychological Medecine*, 23(3), 755-761.

Montel, S. & Bungener, C. (2010). Validation of CHIP (a coping questionnaire) in French patients with neurological disorders. *Revue Neurologique*, 166(1), 54-60.

Montgomery, C., Pocock, M., Titley, K. & Lloyd K. (2003). Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. *Journal of Psychosomatics Research*, 54, 289-292.

Moos, R.H. & Moos, B.S. (2002). *Family environment Scale manual : Development, applications research*. Palo Alto, CA: Mind Garden, Inc.

Moussavi, S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V. & Ustun B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370 (9590), 851-858. .

Moynihan, C. (1998). Theories in health care and research: theories of masculinity. *BMJ* 317, 1072-1075.

Muller, L. & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping : Validation of the Brief Cope among French population. Evaluation multidimensionnelle du coping: validation du Brief Cope sur une population française. *L'Encéphale*, 29(61), 507-518.

Nasser, E.H. & Overholser, J.C. (2005). Recovery from major depression : The role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 111, 125-132.

- Nemiah, J.C., Freyberger, H., Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia. A view of the psychosomatic process – In OW Hill. Modern trends in psychosomatic medicine, 3, 26-34.
- Ng, C.G., Boks, M.P., Zainal, N.Z. & De Wit, N.J. (2011). The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 1-7.
- Nordby, G., Ekeberg, O., Knardahl, S. & Os, I. (1995). A double-blind study of psychosocial factors in 40-year-old women with essential hypertension. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 6(3-4), 142-150.
- Nowakowski, M.E., McFarlane, T., Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 18(1), 21.
- O'Connor, M., Guilfoyle A., Breen, L., Mukhardt, F. & Fisher, C. (2007). Relationships between quality of life, spiritual well-being, and psychological adjustment styles for people living with leukaemia: an exploratory study. *Mental Health Religion & Culture*, 10, 631-647.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E. & Joyce, A.S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Psychiatry Research*, 190(1), 43-48.
- Orom, H., Penner, L.A., West, B.T., Downs, T.M., Rayford, W. & Underwood W. (2009). Personality predicts prostate cancer treatment decision-making difficulty and satisfaction. *Psychooncology*, 18(3), 290-299.
- Osowiecki, D. & Compas, B. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 169-180.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Papciak, A.S., Feuerstein, M., Belar, C.D. & Pistone, L. (1986). Alexithymia and pain in an outpatient behavioral medicine clinic. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 16(4), 347-357.
- Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S. & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Paulhan, I. (1992). Le concept di coping. *L'Année Psychologique*, 92, 544-557.
- Pédinielli, J.L. (1992). Psychosomatique et Alexithymie. Paris, PUF, coll. "Nodules".
- Pendley, J.S., Dahlquist L.M. & Dreyer, Z.A. (1997). Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 29-43.
- Penninx, B.W., Van Tilburg, T., Kriegsman, D.M., Deeg, D.J., Boeke, A.J. & Van Eijk J.T. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American journal of epidemiology*, 146(6), 510-519.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as risk factors for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.

- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Seligman, M. E. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 6, 287-299.
- Peterson, C., Seligman, M. E., & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Pidala, J., Anasetti C. & Jim, H.(2009). Quality of life after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Blood*, 114, 7-19.
- Plan cancer (2003-2007). Recommandations pour le Plan cancer 2009-201. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/plan_cancer.pdf.
- Plan cancer (2009-2013). Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013. Disponible sur : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>.
- Plan cancer (2014-2019). Guérir et prévenir le cancer. Donnons les mêmes chances à tous en France. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-2-03_plan_cancer.pdf
- Polimeni, A., (2011). L'expérience de la maladie et des traitements chez des adolescents et jeunes adultes atteints d'hémopathies malignes. *Bulletin du cancer*, 98(10), 1193-1200.
- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G. & Todarello, O. (2007). Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Psychooncology*, 16(7), 644-650.
- Prieto, J.M., Atala, J., Blanch, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., Espinal, A. & Gasto, C. (2005). Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 6063-6071.
- Prince, J.D. & Berenbaum, H. (1993). Alexithymia and hedonic capacity. *Journal of Research in Personality*, 27, 15-22.
- Prodiciano, M.E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived Social Support from Friends and from family: Three Validation Studies. *American journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Ptacek, J.T., Ptacek, J.J. & Dodge, K.L. (1994). Coping with breast cancer from the perspectives of husbands and wives. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 47-71.
- Pulgar, Á., Alcalá, A. & Reyes Del Paso, G.A. (2015). Psychosocial predictors of quality of life in hematological cancer. *Behavioral Medicine*, 41(1), 1-8.
- Quintard, B. (1994). *Psychologie de la santé et cancer : les stratégies d'ajustement aux stressors hospitalier chez les sujet pneumonectomisé*. Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux 2.
- Ransom, S., Jacobsen, P. B., Schmidt, J. E., & Andrykowski, M. A. (2005) Relationship of Problem-Focused Coping Strategies to Changes in Quality of Life Following Treatment for Early Stage Breast Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30, 243-253.
- Ranty, Y. (1990). *Le training autogène progressif*. Paris:PUF.

Ranty, Y., (2001). *Le corps en psychothérapie de relaxation*. Harmattan.

Rasclé, N., Bruchon-Schweitzer, M. & Sarason, I.G. (2005). Short form of Sarason's social support questionnaire : French adaptation and validation. *Psychological Reports*, 97 (1), 195-202.

Ravazi, D., Delvaux, N., Farvacques, C. & Robaye, E. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de Psychologie Appliquée*, 39(4), 295-307.

Reich, M., (2009). Cancer et Image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information Psychiatrique*. 85, 247-254.

Rezaei, O., Sharifian, R.A., Soleimani, M. & Jahanian, A. (2012). The quality of life of hematological malignancy patients with major depressive disorder or subsyndromal depression. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 44(2), 149-163.

Ripetti, V., Ausania, F., Bruni, R., Campoli, G. & Coppola, R. (2008). Quality of life following colorectal cancer surgery: the role of alexithymia. *European Surgical Research*, 41(4), 324-330.

Rodriguez-Artalejo, F., Guallar-Castillon, P., Herrera, M.C., Otero, C.M., Chiva, M.O., Ochoa, C.C., Banegas, J.R. & Pascual, C.R. (2006). Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12(8), 621-627.

Roest, A.M., Martens, E.J., de Jonge, P. & Denollet, J. (2010). Anxiety and Risk of incident Coronary Heart Disease. A Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56,(1), 38-46.

Romanowicz, M., Ehlers, S., Walker, D., Decker, P., Rundell, J., Shinozaki, G., Litzow, M., Hogan, W., Mrazek, D. & Black, J.L. (2012). Testing a diathesis-stress model: potential genetic risk factors for development of distress in context of acute leukemia diagnosis and transplant. *Psychosomatics*, 53(5), 456-462.

Romero, C., Lindsay, J.E., Dalton, W.T., Nelson, D.V. & Friedman, L.C. (2008). Husbands' perceptions of wives' adjustment to breast cancer: the impact on wives' mood. *Psycho-Oncology*, 17, 237-243.

Romito, F., Montanaro, R., Corvasce, C., Di Bisceglie, M. & Mattioli, V. (2008). Is cancer-related fatigue more strongly correlated to haematological or to psychological factors in cancer patients? *Support Care in Cancer*, 16(8), 943-946.

Rosentiel, A.K. & Keefe, F.J. (1983). The use of coping Strategies in Chronic Low Back pain Patients : Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* , 17, 33-44.

Roussillon, R. (2007). *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique*. Paris : Masson.

Roy-Byrne, P.P. & 10 autres auteurs (2008). Anxiety Disorders and Comorbid Medical Illness. *General Hospital Psychiatry*, 30, 208-225.

Russell, C., Harcourt, D., Henderson, L. & Marks, D.I. (2011). Patients' experiences of appearance changes following allogeneic bone marrow transplantation. *Cancer Nursing* 34(4), 315-321.

Ruszniewski, M. (1999). Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants. Paris : Dunod.

Santos, F.R., Kozasa, E.H., Chauffaille, Mde L., Colleoni, G.W. & Leite, J.R. (2006). Psychosocial adaptation and quality of life among Brazilian patients with different hematological malignancies. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 505-511.

Santos, F.R.M., Kozasa, E.H., Chauffaille, Mde, L., Colleoni, G.W. & Leite, J.R. (2006). Psychosocial adaptation and quality of life among Brazilian patients with different hematological malignancies. *Journal of Psychosomatic Research* 60, 505-511.

Sapir, M., (1993). *La relaxation à induction variables*. Grenoble : La pensée sauvage.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing Social Support : the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.

Scheier, M.F., Matthews, K.A. & Carver, C.S. (1989). Dispositional Optimism and Recovery from Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being : Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-208.

Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.

Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Schulz, R., Bridges, M.W., Magovern, G.J. & Carver, C.S. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives of Internal Medicine*, 26;159(8), 829-835.

Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (2002). *Optimism, pessimism and psychological well-being*. In E.C. Chang (ed.) Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice. Washington DC, APA.

Schilder, P. (1968). *L'Image du corps. Études des forces constructives de la psyché*. Paris : Gallimard.

Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Brandt, U. & Stolbach, L. (1998). Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(5), 424-435.

Schou, I., Ekeberg, O., Karesen, R. & Sorensen, E. (2008). Psychosocial intervention as a component of routine breast cancer care-who participates and does it help? *Psychooncology*, 17(7), 716-720.

Schrover, L. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relations. *CA a Cancer Journal for Clinicians*, 4, 112-120.

Schultz, J.H., (1958). *Le training autogène*. Paris, PUF, 2000, 1ère Edition.

Schulz-Kindermann, F., Mehnert, A., Scherwath, A., Schirmer, L., Schleimer, B., Zander, A.R. & Koch, U. (2007). Cognitive function in the acute course of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for hematological malignancies. *Bone Marrow Transplantation*, 39, 789-799.

Schumacher, A., Sauerland, C., Silling, G., Berdel, W.E. & Stelljes, M. (2014). Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 487-493.

Seale, C., Ziebland, S. & Charteris-Black, J. (2006). Gender, cancer experience and internet use: a comparative keyword analysis of interviews and online cancer support groups. *Social Science and Medicine*, 62, 2577-2590.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco, Freeman.

Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y., Semmel, A. & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3), 242-247.

Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf

Shelby, R.A., Crespin, T.R., Wells-Di Gregorio, S.M., Lamdan, R.M., Siegel, J.E. & Taylor, K.L. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 433-444.

Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of « alexithymia » characteristics in psychosomatic. *Topics of psychosomatic research*, Bâle, Suisse, Karger

Skevington, S.M., Lotfy, M. & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.

Slovacek L, Slovackova B, Jebavy L. (2007). P002 Quality of life in patients with Hodgkins and non-Hodgkins malignant lymphoma and multiple myeloma treated by means of autologous haematopoietic stem cell transplantation: an effect of selected demographic, psychosocial and health aspects on quality of life. *Blood Reviews*, 12, S86-S87.

Slovacek, L, Slovackova, B, Jebavy, L. & Macingova, Z. (2007). Psychosocial, health and demographic characteristics of quality of life among patients with acute myeloid leukemia and malignant lymphoma who underwent autologous hematopoietic stem cell transplantation. *Sao Paulo Medical Journal*, 125, 359-361.

Slovacek, L., Slovackova, B., Blazek, M. & Jebavy, L. (2007). Quality of life in patients with multiple myeloma and malignant lymphoma undergoing autologous progenitor stem cell transplantation: the effect of selected psychosocial and health aspects on quality of life: a retrospective analysis. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 12, 101-108.

Slovacek, L., Slovackova, B., Pavlik, V. & Jebavy, L. (2007). Health-related quality of life in acute myeloid leukaemia and multiple myeloma survivors undergoing autologous progenitor stem cell transplantation: a retrospective analysis. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 12, 231-238.

Smith, S.K., Crespi, C.M., Petersen, L., Zimmerman, S. & Ganz, P.A. (2010). The impact of cancer and quality of life for post-treatment and non-Hodgkin lymphoma survivors. *Psycho Oncology*, 19, 1259-1267.

Snaith, R.P., Baugh, S.J., Clayden, A.D., Husain, A. & Sipple, M.A. (1982). The Clinic Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. *British Journal Of Psychiatry* 141, 518-523.

Spek, V., Nyklicek, I., Cuijpers, P. & Pop, V. (2008). Alexithymia and cognitive behavior therapy outcome for subthreshold depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(2), 164-167.

Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. & Jacobs, G. (1983). *Manual for the Stat-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Sriram, T.G., Chaturvedi, S.K., Gopinath, P.S. & Shanmugam, V. (1987). Controlled study of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(1), 11-7.

Stanton, A.L. & Snider, P. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12(1), 16-23.

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

Stanton, A. L., Danoff-burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.

Stern, M., Krivoy, E., Foster, R.H., Bitsko, M., Toren, A. & Ben-Arush, M. (2010). Psychosocial functioning and career decision-making in Israeli adolescent and young adult cancer survivors. *Pediatric Blood and Cancer* 55(4), 708-713.

Stommel, M., Given, B.A. & Given, C.W. (2002). Depression and functional status as predictors of death among cancer patients. *Cancer*, 15, 94(10), 2719-2727.

Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement : A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9(1), 48-66.

Sultan, S., & Bureau, B. (1999). Quel optimisme en psychologie de la santé ? *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 49(1), 43-50.

Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies. *Health Psychology*, 4, 249-288.

Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, Anxiety and Depression as Risk factors for Cardiovascular Disease : The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, (2), 260-300.

Syrjala, K.L., Dikmen, S., Langer, S.L., Roth-Roemer, S. & Abrams, J.R. (2004). Neuropsychologic changes from before transplantation to 1 year in patients receiving myeloablative allogeneic hematopoietic cell transplant. *Blood*, 104, 3386-3392.

Syrjala, K.L., Chapko, M.K., Vitaliano, P.P., Cummings, C. & Sullivan, K.M. (1993). Recovery after allogeneic marrow transplantation: prospective study of predictors of long-term physical and psychosocial functioning. *Bone Marrow Transplantation*, 11, 319-327.

Syrjala, K.L., Langer, S.L., Abrams, J.R., Storer, B., Sanders, J.E., Flowers, M.E. & Martin, P.J. (2004). Recovery and long-term function after hematopoietic cell transplantation for leukemia or lymphoma. *JAMA*. 291, 2335-2343.

Tallman, B., Shaw, K., Schultz, J. & Altmaier, E. (2010). Well-being and posttraumatic growth in unrelated donor marrow transplant survivors: a nine-year longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 204-210.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Luminet, O. (2000). *Assessment of alexithymia: Selfreport and observer-rated measures*. In R. Bar-On and J.D.A. Parker (Eds.). *The handbook of emotional intelligence*. (pp. 301-319). San Francisco, CA: Jossey Bass.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation, alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.

Taylor, G.J., Ryan, D. & Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new selfreport alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

Thoits, P.A. (1985). Social support processes and psychological well-being : Theoretical possibilities, in Sarason, I.G., Sarason, B., eds., *Social Support : Theory, Research and Applications*, The Hague, Martinus Nijhoff, 51-72.

Thoits, P.A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: a reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48(2), 174-187.

Thoits, P.A. (1995). Stress, coping and social support processes : where are we? what next? *Journal of Health and Social Behavior*, special issue, 143-160.

Thygesen, K.H., Scholdt, I. & Jarden, M. (2012). The impact of hematopoietic stem cell transplantation on sexuality: a systematic review of the literature. *Bone Marrow Transplantation*, 47, 716-724.

Tien-Li, L., Kuan-Pin, L., Su-Peng, Y. & Hung-Ru, L. (2014). Lived experience of patients undergoing allogeneic peripheral hematopoietic stem cell transplant. *International Journal of Research In Medical and Health sciences*. 4(2), 36-46.

Todarello, O., Casamassima, A., Daniele, S., Marinaccio, M., Fanciullo, F., Valentino, L., Tedesco, N., Wiesel, S., Simone, G. & Marinaccio, L. (1997). Alexithymia, immunity and

- cervical intraepithelial neoplasia: replication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(4), 208-213.
- Trottier, C., Trudel, P., & Halliwell, W. R. (2007). Présentation des deux principales théories nord-américaines sur l'optimisme. *Revue STAPS*, 77(3), 9-28.
- Trottier, C., Mageau, G., Trudel, P., & Halliwell, W. R. (2008). Validation de la version canadienne-française du Life Orientation Test-Revised. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 40(4), 238-243.
- Trouillet, R., Bourgey, M., Brouillet, D. & Leroy-Viémont, B. (2012). *L'Anxiété : clinique, modèles et prises en charges*, Paris : Dunod, p : 16-17 ; 45-46.
- Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C. & Rasclé, N. (2009). Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Néphrologie & Thérapeutique*, 5, 193-200.
- Untas, A., Rasclé, N., Cosnefroy, O., Borteyrou, X., Saada, Y. & Koleček, M. (2011). Psychometric Properties of the French Adaptation of the Family Relationship Index (FRI). Qualités psychométriques de l'adaptation française du Family relationship Index (FRI). *L'Encephale*, 37(2), 110-118.
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. / Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: Implications for research in the French language. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680.
- Vandervoort, D. (1995). Depression, Anxiety, Hostility and Physical Health. *Current Psychology*, 13,(4), 69-72.
- Vickberg, S.M.J., Duhamel, K.N., Smith, M.Y., Manne, S.L., Winkel, G., Papadopoulos, E.B. & Redd, W.H. (2001). Global meaning and psychological adjustment among survivors of bone marrow transplantation. *Psycho- Oncology*, 10, 29-39.
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R.F., Cardoso, H., Silva, A.M. & Mendonça, D.(2014). Optimism on quality of life in Portuguese chronic patients: moderator/mediator? *Revista da Associacao Médica Brasileira* 60(4), 373-380.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Vorst, H. C. & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30, 413-434.
- Wade, T.D. & Kendler, K.S. (2000). The relationship between social support and major depression : cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 251-258.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). A Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

Ware, J.E.Jr., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A., Prieto, L. & Sullivan, M. (1988). The factor structure of the SF-36 in 10 countries : results from the IQOLA Project International Quality of Life Assessment. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 51, 11, 1159-1165.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medical*, 18, 203-209.

Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J. & Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*, 354, 1311-1336.

Wettergren L, Björkholm M, Axdorph U, Langius-Eklöf A. (2004). Determinants of health related quality of life in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma. *Quality of Life Research* 13, 1369-1379.

White, G.A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192.

WHOQOL Group (1994). Development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). Rationale and current Status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL) : Position paper from the World Health Organisation. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-109.

WHOQOL Group (1998a). Development of the WHOQOL-BREF Quality of life Assessment. *Psychological medicine*, 28, 551-558.

WHOQOL Group (1998b). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) : Development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46 (12), 1596-1585.

Winnubst, J.A.M., Buunk, B.P. & Marcelissen, F.H.G. (1988). Social Support and Stress: Perspectives and Processes. In S. Fischer et J. Reason (eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York, Wiley, chap. 28, 511-528.

Wing, J.K., Cooper, J.E. & Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London: Cambridge University Press: p. 244.

Winnicott, D. (1969). *Le rôle des soins maternels*, in *De la pédiatrie à la Psychanalyse*, Payot.

Winnicott, D. (2010). *Les objets transitionnels*. Paris : Payot & Rivages.

Wintrebert, H. (1986). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*, in *Relaxation thérapeutique*, Meyer, J.P. Paris: Masson.

Wong, F.L., Francisco, L., Togawa, K., Bosworth, A., Gonzales, M., Hanby, C., Sabado M., Grant M., Forman S.J., Bhatia S. (2010). Long-term recovery after hematopoietic cell transplantation: predictors of quality of life concerns. *Blood*, 115, 2508-2519.

Worel, N., Biener, D., Kalhs, P. Mitterbauer, M., Keil, F., Schulenburg, A., Höcker, P., Dieckmann, K., Fischer, G., Rosenmayr, A., Linkesch, W., Hinterberger, W., Lechner, K., & Greinix, H.T. (2002). Long-term outcome and quality of life of patients who are alive and in complete remission more than two years after allogeneic and syngeneic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 30(9), 619-626.

Zebrack, B. (2000). Quality of life of long-term survivors of leukemia and lymphoma. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(4), 39-59.

Zech, E., Luminet, O., Rimé, B. & Wagner, H.L. (1999). Alexithymia and its measurement. Confirmatory factor analyses of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond Vorst alexithymia questionnaire. *European Journal of Personality*, 13, 511-532.

Zenger, M., Petrowski, K., Ernst, J., Götze, H. & Hinz, A. (2012). The protective impact of optimistic expectations in male cancer patients. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 58(1), 11-25.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zittoun, R., Achard, S. & Ruszniewski, M. (1999). Assessment of quality of life during intensive chemotherapy or bone marrow transplantation. *Psycho-Oncology*, 8, 64-73.

Zulliger, H. (1893/1965date de création non connue). *Test Z*. Berne : Hogrefe.

ANNEXES

SOMMAIRE

ANNEXE A : PROTOCOLE DE RECHERCHE

A.1. : Données sociodémographiques et médicales	p. 267
A.2. : La "Toronto Alexithymia Scale" de Bagby et al., (1995)	p. 268
A.3. : Le "LOT-R" de Scheier et Carver (1994)	p. 269
A.4. : La "MAC" de Watson et al. (1988)	p. 270
A.5. : Le "QSSP" de Bruchon-Schweitzer (2001)	p. 272
A.6. : Le "HADS" de Zigmond et Snaith (1983)	p. 273
A.7. : Le "QLQ-C30", EORTC, (1993)	p. 275
A.8. : Le QIC de Bruchon-Schweitzer (1987)	p. 277

ANNEXE B : CONSIDERATIONS ETHIQUES

B.1. Notice d'information	p. 279
B.2. Formulaire de Consentement	p. 281

ANNEXE C : STATISTIQUES

C.1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES	p. 284
1. Caractéristiques de l'échantillon	p. 284
1.1. Caractéristiques sociodémographiques et médicales de l'échantillon	p. 284
1.2. Caractéristiques sociodémographiques et médicales de chaque groupe	p. 287
2. Variables Dispositionnelles	p. 291
3. Variables Transactionnelles	
3.1. Stratégies de coping	p. 292
3.2. Satisfaction quant au soutien social perçu	p. 295
4. Variables dépendantes ou issues à prédire	
4.1. Ajustement émotionnel	p. 297
4.2. Image du corps	p. 298
4.3. Qualité de vie	p. 300
C.2. VERIFICATION DES HYPOTHESES	p. 303
1. Normalité des variances	p. 303
2. Vérification de l'Hypothèse 1.	p. 308
2.1. Différences intragroupe	p. 308

2.2. Différences intergroupe	p. 329
3. Vérification de l'Hypothèse 2.	p. 334
3.1. Vérification de l'hypothèse 2a	p. 334
3.1.1. <u>Analyse de médiation pour le groupe contrôle</u>	p. 334
3.1.2. <u>Analyse de médiation pour le groupe expérimental</u>	p. 339
3.2. Vérification de l'hypothèse 2b	p. 344
3.2.1. <u>Analyse de médiation pour le groupe contrôle</u>	p. 344
3.2.2. <u>Analyse de médiation pour le groupe expérimental</u>	p. 349
4. Vérification Hypothèse 3	
4.1. <i>Analyse de médiation, première étape : Régression</i>	p. 354
C.3. CORRELATIONS ENTRE LES VARIABLES ETUDIEES	p. 361
ANNEXE D : TEMOIGNAGE	
D.1. TEMOIGNAGE 2	p. 366
D.2. TEMOIGNAGE 2	p.369

ANNEXE A : PROTOCOLE DE RECHERCHE

A.1. : Données sociodémographiques et médicales

ID.....

DATE :.....

Date d'entrée à l'hôpital :.....

Date de la greffe :.....

Temps : 1 2 3

Groupe : 1 2

A : Données sociodémographiques :

Age :

Genre : masculin féminin

Statut marital : célibataire concubin marié(e) divorcé(e) veuf (ve)

Activité professionnelle :.....

en activité/ arrêt maladie ou à la retraite

B : Données médicales :

Diagnostic de la maladie : Lymphome Myélome Leucémie aigue Autre

Date du diagnostic :.....

En rémission complète En rémission partielle

Type de Greffe : intrafamiliale sur fichier sang de cordon

A2 : La "Toronto Alexithymia Scale" de Bagby et al., (1995)

Instructions : Indiquez, en utilisant la grille, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion.

TAS - 20					
Désaccord		Ni accord/ni désaccord		Accord	
Complet 1	Relatif 2	3		Relatif 4	Complet 5
1.	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	1	2	3	4 5
2.	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	1	2	3	4 5
3.	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	1	2	3	4 5
4.	J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	1	2	3	4 5
5.	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	1	2	3	4 5
6.	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.	1	2	3	4 5
7.	Je suis souvent intrigué par des sensations au niveau de mon corps.	1	2	3	4 5
8.	Je préfère simplement laisser les choses se produisent plutôt que comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	1	2	3	4 5
9.	J'ai des sentiments que je ne suis ^pas capable d'identifier.	1	2	3	4 5
10.	Etre conscient de ses émotions est essentiel.	1	2	3	4 5
11.	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.	1	2	3	4 5
12.	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.	1	2	3	4 5
13.	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.	1	2	3	4 5
14.	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.	1	2	3	4 5
15.	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.	1	2	3	4 5
16.	Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des dramatiques.	1	2	3	4 5
17.	Il m'est difficile de relever mes sentiments intimes même à mes amis très proches.	1	2	3	4 5
18.	Je peux me sentir proche de quelqu'un pendant les moments de silence.	1	2	3	4 5
19.	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.	1	2	3	4 5
20.	Rechercher les sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.	1	2	3	4 5

A3 : Le "LOT-R" de Scheier et Carver (1994)

Instructions : Répondez aux questions ci-dessous (par une croix) en les appliquant à vous-même. Soyez le plus honnête possible en répondant aux questions, sans laisser votre réponse à une question influencer vos réponses à d'autres questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	Totalement désaccord 0	Désaccord 1	Neutre 2	Accord 3	Totalement accord 4
1.	Dans les moments d'incertitude, je m'attends habituellement au mieux			0 4	1 2 3
2.	J'ai de la facilité à relaxer.			0 4	1 2 3
3.	S'il y a des chances que ça aille mal pour moi, ça ira mal.			0 4	1 2 3
4.	Je suis toujours optimiste face à mon avenir.			0 4	1 2 3
5.	J'apprécie beaucoup mes ami(e)s.			0 4	1 2 3
6.	C'est important pour moi de me tenir occupé.			0 4	1 2 3
7.	Je ne m'attends presque jamais à ce que les choses aillent comme je le voudrais			0 4	1 2 3
8.	Je ne me fâche pas très facilement.			0 4	1 2 3
9.	Je m'attends rarement à ce que de bonnes choses m'arrivent.			0 4	1 2 3
10.	Dans l'ensemble, je m'attends à ce que plus de bonnes choses m'arrivent que de mauvaises.			0 4	1 2 3

A4 : La "MAC" de Watson et al. (1988)

Instructions : Les énoncés ci-dessous décrivent les réactions des personnes atteintes de cancer. Veuillez encercler, à droite de chaque énoncé, le chiffre qui correspond le mieux à vos réactions actuelles. Par exemple, si l'énoncé ne s'applique **pas du tout** à vous, entourez le chiffre 1, s'il s'applique **un peu** à vous, entourez 2, s'il s'applique **assez** à vous, entourez 3, s'il s'applique **tout à fait** à vous, entourez 4.

Cet énoncé s'applique-t-il à vous ?	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
1- J'ai l'impression que je ne peux rien faire pour me remonter le moral.	1	2	3	4
2- J'ai l'impression que mes problèmes de santé m'empêchent de faire des projets d'avenir.	1	2	3	4
3- Je crois qu'une attitude positive sera bénéfique pour ma santé.	1	2	3	4
4- Je ne supporte pas très bien ma maladie.	1	2	3	4
5- Je crois fermement que je vais aller mieux.	1	2	3	4
6- Je sens que rien de ce que je peux faire ne changera quelque chose.	1	2	3	4
7- Je sens que la vie est sans espoir.	1	2	3	4
8- J'ai des projets pour l'avenir, par exemple les vacances, le travail, le logement,...	1	2	3	4
9- J'ai peur que le cancer ne récidive ou n'empire.	1	2	3	4
10- J'ai cru que mon état d'esprit peut beaucoup influencer ma santé.	1	2	3	4
11- Je sens qu'il n'y a rien que je puisse faire pour m'en sortir.	1	2	3	4
12- J'essaie de continuer ma vie comme je l'ai toujours fait.	1	2	3	4
13- Je suis déterminé(e) à laisser tout cela derrière moi.	1	2	3	4
14- J'ai du mal à croire que cela m'arrive.	1	2	3	4
15- Je suis très anxieux à ce sujet.	1	2	3	4
16- je n'ai pas beaucoup d'espoir pour le futur.	1	2	3	4
	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
17- En ce moment je vis au jour le jour.	1	2	3	4
18- J'ai envie d'abandonner.	1	2	3	4
19- J'essaie de garder le sens de l'humour par rapport à ça.	1	2	3	4
20- J'essaie d'avoir une attitude positive.	1	2	3	4
21- Je reste assez occupé(e), afin de ne pas avoir le temps d'y penser.	1	2	3	4
22- Je me sens complètement perdu(e) à l'égard de ce que je dois faire.	1	2	3	4
23- Je me sens très en colère contre ce qui	1	2	3	4

m'arrive.				
24- Parfois je me demande si j'ai vraiment un cancer.	1	2	3	4
25- Je m'axe sur les aspects positifs de ma vie.	1	2	3	4
26- J'essaie de combattre la maladie.	1	2	3	4
27- Je n'arrive pas à faire face.	1	2	3	4
28- Je suis un peu effrayé(e).	1	2	3	4
29- Je suis très optimiste.	1	2	3	4
30- Je suis déterminé(e) à vaincre cette maladie.	1	2	3	4
31- Je suis terrifié(e).	1	2	3	4
32- Je ne peux pas dormir la nuit tellement je suis inquiet(e).	1	2	3	4
33- J'ai du mal à reconnaître le fait que j'ai un cancer.	1	2	3	4
34- J'évite de penser à tout ce qui touche au cancer.	1	2	3	4
35- Je n'arrive pas à gérer cette situation.	1	2	3	4
36- Je suis perturbé par le fait d'avoir un cancer.	1	2	3	4
37- Ne pas y penser m'aide à faire face.	1	2	3	4
38- Je ne suis pas certain(e) d'avoir un cancer.	1	2	3	4
39- Je fais des efforts pour ne pas penser à ma maladie.	1	2	3	4
40- C'est une sensation dévastatrice.	1	2	3	4
41- Je sais que ça va bien finir.	1	2	3	4
42- Je me distrais lorsque des pensées sur ma maladie me viennent à l'esprit.	1	2	3	4
43- J'ai de l'apprehension.	1	2	3	4
44- Je pense que c'est la fin du monde.	1	2	3	4
45- Je considère ma maladie comme un défi.	1	2	3	4

A6 : Le "QSSP" de Bruchon-Schweitzer (2001)

Y a-t-il actuellement dans votre entourage des personnes qui peuvent vous lorsque vous en avez besoin :

1) Vous réconforter et vous écouter ?

	Famille	Amis	Collègues	Personnel soignant
Combien ?				
En êtes vous satisfait ? (de 1 : pas du tout à 5 : tout à fait)				

2) S'occuper de vous et vous aider matériellement ?

	Famille	Amis	Collègues	Personnel soignant
Combien ?				
En êtes vous satisfait ? (de 1 : pas du tout à 5 : tout à fait)				

3) Vous donner des conseils, des informations, des suggestions ?

	Famille	Amis	Collègues	Personnel soignant
Combien ?				
En êtes vous satisfait ? (de 1 : pas du tout à 5 : tout à fait)				

4) Vous redonner confiance en vous-même ?

	Famille	Amis	Collègues	Personnel soignant
Combien ?				
En êtes vous satisfait ? (de 1 : pas du tout à 5 : tout à fait)				

A5 : Le "HADS" de Zigmond et Snaith (1983)

Instructions : Un certain nombre de phrase que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre des propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : ☐ La plupart du temps ☐ Souvent ☐ De temps en temps ☐ Jamais	2. Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : ☐ Oui, tout autant qu'avant ☐ Pas autant ☐ Un peu seulement ☐ Presque plus
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver : ☐ Oui, très nettement ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave ☐ Un peu mais cela ne m'inquiète pas ☐ Pas du tout	4. Je ris et vois le bon coté des choses : ☐ Autant que par le passé ☐ Plus rarement qu'avant ☐ Vraiment moins qu'avant ☐ Plus du tout
5. Je me fais du souci : ☐ Très souvent ☐ Assez souvent ☐ Occasionnellement ☐ Très occasionnellement	6. Je suis de bonne humeur : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Assez souvent ☐ La plupart du temps
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : ☐ Oui, quoiqu'il arrive ☐ Oui, en général ☐ Rarement ☐ Jamais	8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : ☐ Presque toujours ☐ Très souvent ☐ Parfois ☐ Jamais
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Assez souvent ☐ Très souvent	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence : ☐ Plus du tout ☐ Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais ☐ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : ☐ Oui, c'est tout à fait vrai ☐ Un peu ☐ Pas tellement ☐ Pas du tout	12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : ☐ Autant qu'avant ☐ Un peu moins qu'avant ☐ Bien moins qu'avant ☐ Presque jamais
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique : ☐ Vraiment très souvent ☐ Assez souvent ☐ Pas très souvent ☐ Jamais	14. Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de télévision : ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

A7 : Le "QLQ-C30", EORTC, (1993)

H. Instruction : Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une <u>longue</u> promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un <u>petit</u> tour dehors ?	1	2	3	4
4. Êtes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes ?	1	2	3	4
Au cours de la semaine passée :				
6. Avez-vous été gêné(e) pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours?	1	2	3	4
7. Avez-vous été gêné(e) dans vos activités de loisirs?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu le souffle court?	1	2	3	4
9. Avez-vous ressenti de la douleur?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous senti(e) faible?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur)?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipé(e)?	1	2	3	4
17. Avez-vous eu de la diarrhée?	1	2	3	4
18. Étiez-vous fatigué(e)?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour	1	2	3	4

A8 : Le QIC de Bruchon-Schweitzer (1987)

I. Instructions : Nous vous demandons de penser à votre corps et d'évaluer l'impression globale que vous en avez. Pour cela, des aspects de votre corps vous sont présentés sous forme bipolaire (bonne santé/ mauvaise santé ; fragile/ résistant, ...). Pour chacun de ces aspects vous devez choisir une réponse parmi 5 réponses possibles (1, 2, 3, 4 ou 5) en cochant d'une croix (X) la case qui correspond le mieux à la manière dont vous percevez cet aspect de votre corps. Évitez la réponse moyenne (3) autant que possible.

1 beaucoup	2 plutôt	3 entre les deux	4 plutôt	5 beaucoup
------------	----------	------------------	----------	------------

Au cours de la semaine passée vous considérez votre corps comme :

1. En mauvaise santé	1	2	3	4	5	En bonne santé
2. Physiquement attirant	1	2	3	4	5	Non attirant
3. Source de plaisir	1	2	3	4	5	De déplaisir
4. Masculin	1	2	3	4	5	Féminin
5. Pur, propre	1	2	3	4	5	Impur, sale
6. Exprimant la crainte	1	2	3	4	5	Exprimant l'audace
7. Vide	1	2	3	4	5	Plein
8. Quelque chose qu'on touche	1	2	3	4	5	Quelque chose que l'on ne touche pas
9. Indifférent, froid	1	2	3	4	5	Tendre, chaleureux
10. Exprimant la colère	1	2	3	4	5	L'apaisement
11. Expressif	1	2	3	4	5	Non expressif
12. Quelque chose que l'on cache	1	2	3	4	5	Quelque chose que l'on montre
13. Calme, serein	1	2	3	4	5	Nerveux, inquiet
14. Vieux	1	2	3	4	5	Jeune
15. Erotique	1	2	3	4	5	Non érotique
16. Fragile, faible	1	2	3	4	5	Résistant, fort
17. Joyeux	1	2	3	4	5	Triste
18. Quelque chose que l'on ne regarde pas	1	2	3	4	5	Quelque chose que l'on regarde
19. énergique	1	2	3	4	5	Non énergique

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Mme Panagiota Kostopoulou-Grolleau, Psychologue Clinicienne

ANNEXE B : CONSIDERATIONS ETHIQUES

B.1. Notice d'information

CHU de Bordeaux

Hôpital Haut-Lévêque

Avenue du Magellan, 33604, Pessac

Service d'Hématologie Clinique et de Thérapie Cellulaire

Investigateur Principal : Mme Panagiota

KOSTOPOULOU-GROLLEAU,

Psychologue Clinicienne, tél : 05.56.79.56.79, poste 75713

Adresse email : panagiota.kostopoulou@chu-bordeaux.fr



université
de BORDEAUX

Notice d'information aux participants à l'étude :

Prise en charge par la relaxation Psychothérapique des patients atteints d'hémopathies malignes, bénéficiant d'une allogreffe de moelle osseuse.

Madame, Monsieur,

Nous menons actuellement dans le service, en collaboration avec le Laboratoire de Psychologie de l'Université de Bordeaux, une recherche dont l'objectif est d'évaluer l'intérêt de l'utilisation de la Relaxation pendant une hospitalisation en secteur stérile, pour une allogreffe de moelle osseuse.

A cet effet, votre témoignage nous serait particulièrement précieux.

Votre participation à cette recherche consisterait à répondre à un ensemble de questions concernant votre état physique et psychologique à trois temps différents : quelques jours avant votre allogreffe (Temps 1), le jour de la sortie du secteur stérile (Temps 2) et 3 mois environ après votre allogreffe (Temps 3). La durée maximale de ce questionnaire a été évaluée à 30 minutes.

Votre participation se fera sur la base du volontariat et vous pourrez vous soustraire de l'étude à tout moment sans en donner la raison et sans que cela ait un impact quelconque sur votre prise en charge et vos soins prodigués.

Nous vous informons également que vous pourrez vous adresser, à tout moment, à Mme Panagiota KOSTOPOULOU-GROLLEAU, responsable de l'étude, pour l'obtention d'une information supplémentaire.

Les informations que vous nous transmettez resteront confidentielles et protégées par le secret médical. Elles feront l'objet d'une analyse par moyens informatiques, dans le respect

des conditions édictées par la loi « Informatique et Liberté ». La confidentialité de vos réponses sera respectée. Les résultats analysés feront l'objet d'une thèse, et de publications et communications scientifiques mais ne seront pas utilisés dans un autre cadre que celui décrit. A l'issue de la recherche, vous serez informé(e), si vous le souhaitez, des résultats globaux obtenus, quand ils seront disponibles.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous proposons de donner votre consentement écrit en datant et signant le formulaire ci-joint. Cette signature atteste simplement que vous avez été informé(e) de cette étude et que vous y participez librement.

*Nous sommes conscients qu'une telle participation peut être source d'efforts
et de contraintes,
et vous remercions donc par avance de votre aide.*

B.2. Formulaire de consentement

CHU de Bordeaux
Hôpital Haut-Lévêque
Avenue du Magellan, 33604, Pessac
Service d'Hématologie Clinique et de Thérapie Cellulaire
Investigateur Principal : Mme Panagiota
KOSTOPOULOU-GROLLEAU,
Psychologue Clinicienne, tél : 05.56.79.56.79, poste 75713
Adresse email : panagiota.kostopoulou@chu-bordeaux.fr



université
de BORDEAUX

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ETUDE :

*Prise en charge par la relaxation Psychothérapique des patients atteints d'hémopathies
malignes, bénéficiant d'une allogreffe de moelle osseuse.*

Je soussigné(e) :

Nom: Prénom

.....

Date de naissance :

.....
.....

Adresse:.....

.....

.....

Téléphone:.....

.....

☐ ACCEPTE DE PARTICIPER À CETTE ETUDE.

☐ REFUSE DE PARTICIPER À CETTE ETUDE.

Motif du refus :

.....

.....

.....

Je déclare avoir reçu la note d'information relative à cette étude. J'ai été informé(e) de la nature, des buts et de la durée de la recherche. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux

questions concernant ma participation à cette étude et j'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir avant de prendre ma décision.

Il m'a également été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser et que ma participation est volontaire. Si je le désire, je suis libre à tout moment d'interrompre ma participation sans que la qualité des soins prodigués en soit affectée. J'en informerai alors Mme Panagiota KOSTOPOULOU-GROLLEAU.

J'accepte que les données collectées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que mon droit d'accès à ces données peut s'exercer à tout moment en application de la loi « Informatique et Libertés », et que ces données peuvent m'être communiquées, selon mon choix.

Ces données resteront strictement confidentielles et je n'autorise leur consultation que par les personnes mandatées par l'organisateur de la recherche.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à Mme Panagiota KOSTOPOULOU-GROLLEAU par tél : 05.56.79.56.79, poste 75713 ou par email : panagiota.kostopoulou@chu-bordeaux.fr

A Pessac, le/...../...201.....

Signature du Chef du Service

Nom du patient :

Pr Noël Milpied

Signature du patient :

Nom du responsable: Mme Panagiota KOSTOPOULOU-GROLLEAU

Signature du responsable :

ANNEXE C : STATISTIQUES

C.1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES

1. Caractéristiques descriptives de l'échantillon

1.1. Caractéristiques sociodémographiques et médicales de l'échantillon

	Fréquence	Pour cent %	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Suivi traditionnel	19	48,7	48,7	48,7
Relaxation	20	51,3	51,3	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon en deux groupes.

Age	Fréquence	Pour cent %	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
19	1	2,6	2,6	2,6
22	1	2,6	2,6	5,1
24	1	2,6	2,6	7,7
27	2	5,1	5,1	12,8
30	1	2,6	2,6	15,4
31	1	2,6	2,6	17,9
33	1	2,6	2,6	20,5
35	1	2,6	2,6	23,1
36	1	2,6	2,6	25,6
39	1	2,6	2,6	28,2
42	1	2,6	2,6	30,8
43	1	2,6	2,6	33,3
44	1	2,6	2,6	35,9
45	2	5,1	5,1	41,0
46	1	2,6	2,6	43,6
47	1	2,6	2,6	46,2
52	1	2,6	2,6	48,7
55	1	2,6	2,6	51,3
56	3	7,7	7,7	59,0
57	1	2,6	2,6	61,5
58	2	5,1	5,1	66,7
59	2	5,1	5,1	71,8
60	2	5,1	5,1	76,9
62	2	5,1	5,1	82,1
63	1	2,6	2,6	84,6
64	2	5,1	5,1	89,7
65	2	5,1	5,1	94,9
66	2	5,1	5,1	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tableau 2 : Fréquence des âges au sein de notre échantillon.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
age	39	19	66	48,67	14,247
N valide (listwise)	39				

Tableau 3 : Caractéristiques de l'âge de l'échantillon.

Genre	Fréquence	Pour cent %	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Homme	29	74,4	74,4	74,4
Femme	10	25,6	25,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tableau 4 : Fréquence de chaque sexe de l'échantillon.

Statut marital	Fréquence	Pour cent %	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Célibataire	10	25,6	25,6	25,6
Concubin	9	23,1	23,1	48,7
Marie	18	46,2	46,2	94,9
Divorce	2	5,1	5,1	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tableau 5 : Fréquence du statut marital de l'échantillon.

Situation professionnelle	Fréquence	Pour cent %	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Arrêt maladie	29	74,4	74,4	74,4
Retraite	10	25,6	25,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tableau 6 : Fréquence de la situation professionnelle de l'échantillon.

Diagnostic	Fréquence	Pour cent %	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Lymphome	9	23,1	23,1	23,1
Myélome	1	2,6	2,6	25,6
Leucémie aigue	23	59,0	59,0	84,6
Myélodysplasie	4	10,3	10,3	94,9
autre	2	5,1	5,1	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tableau 7 : Fréquence du diagnostic de l'échantillon.

Rémission		Fréquence	Pour cent %	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	rémission complète	26	66,7	76,5	76,5
	rémission partielle	8	20,5	23,5	100,0
	Total	34	87,2	100,0	
Manquante	Système manquant	5	12,8		
Total		39	100,0		

Tableau 8 : Fréquence du type de rémission de l'échantillon.

		Fréquence	Pour cent %	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	intrafamiliale	9	23,1	23,1	23,1
	fichier	24	61,5	61,5	84,6
	Sang de cordon	5	12,8	12,8	97,4
	haplo	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Tableau 9 : Fréquence du type de greffe de l'échantillon.

1.2. Caractéristiques sociodémographiques et médicales de chaque groupe

	groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
âge	suivi traditionnel relaxation	19	51,11	11,623	2,667
		20	46,35	16,320	3,649

Tableau 10 : Caractéristiques de l'âge de chaque groupe.

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
âge	Hypothèse de variance s égales	5,252	,028	1,043	37	,304	4,755	4,559	-4,482	13,992
	Hypothèse de variance s inégales			1,052	34,365	,300	4,755	4,520	-4,426	13,937

Tableau 11 : Test de student pour l'âge de chaque groupe.

		sexe		Total
		homme	femme	
groupe	suivi traditionnel	14	5	19
	relaxation	15	5	20
Total		29	10	39

Tableau 12 : Répartition en groupe en fonction du sexe.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,009(b)	1	,925		
Correction pour la continuité(a)	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,009	1	,925		
Test exact de Fisher				1,000	,606
Association linéaire par linéaire	,009	1	,926		
Nombre d'observations valides	39				

a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

b 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,87.

Tableau 13 : Homogénéité des groupes en fonction du sexe.

		Activite professionnelle		Total
		arrêt maladie	retraite	
groupe	suivi traditionnel	14	5	19
	relaxation	15	5	20
Total		29	10	39

Tableau 14 : Répartition en groupe en fonction de l'activité professionnelle.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,009(b)	1	,925		
Correction pour la continuité(a)	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,009	1	,925		
Test exact de Fisher				1,000	,606
Association linéaire par linéaire	,009	1	,926		
Nombre d'observations valides	39				

a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

b 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,87.

Tableau 15 : Homogénéité des groupes en fonction de l'activité professionnelle.

		Statut marital				Total
		célibataire	concubin	marie	divorce	
groupe	suivi	4	4	9	2	19
	traditionnel					
	relaxation	6	5	9	0	20
Total		10	9	18	2	39

Tableau 16 : Répartition en groupe en fonction du statut marital.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,487(a)	3	,478
Rapport de vraisemblance	3,261	3	,353
Association linéaire par linéaire	1,201	1	,273
Nombre d'observations valides	39		

a 5 cellules (62,5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,97.

Tableau 17 : Homogénéité des groupes en fonction du statut marital.

		diagnostic					Total
		lymphome	myélome	leucémie	myélodysplasie	autre	
groupe	suivi	5	0	11	1	2	19
	traditionnel						
	relaxation	4	1	12	3	0	20
Total		9	1	23	4	2	39

Tableau 18 : Répartition en groupe en fonction du diagnostic.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,132(a)	4	,388
Rapport de vraisemblance	5,335	4	,255
Association linéaire par linéaire	,011	1	,917
Nombre d'observations valides	39		

a 8 cellules (80,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,49.

Tableau 19 : Homogénéité des groupes en fonction du statut marital.

		Type de greffe				Total
		intrafamiliale	fichier	Sang de cordon	haplo	
groupe	suivi	5	12	2	0	19
	traditionnel					
	relaxation	4	12	3	1	20
Total		9	24	5	1	39

Tableau 20 : Répartition en groupe en fonction du type de greffe.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,286(a)	3	,732
Rapport de vraisemblance	1,673	3	,643
Association linéaire par linéaire	,894	1	,344
Nombre d'observations valides	39		

a. 6 cellules (75,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,49.

Tableau 21 : Homogénéité des groupes en fonction du type de greffe.

2. Variables Dispositionnels

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Alexithymie trait	39	33	69	52,10	9,318
Optimisme trait	39	10	24	15,23	3,216
N valide (listwise)	39				

Tableau 22 : Scores de l'échantillon aux variables dispositionnelles.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Alexithymie trait	19	40	69	52,16	8,261
Optimisme trait	19	10	24	14,53	3,306
N valide (listwise)	19				

Tableau 23 : Scores du groupe contrôle aux variables dispositionnelles.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Alexithymie trait	20	33	67	52,05	10,440
Optimisme trait	20	10	22	15,90	3,059
N valide (listwise)	20				

Tableau 24 : Scores du groupe expérimental aux variables dispositionnelles.

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
alexithymie trait1	Hypothèse de variances égales	2,192	,147	,036	37	,972	,108	3,025	-6,022	6,238
	Hypothèse de variances inégales			,036	35,858	,972	,108	3,007	-5,991	6,207
optimismetr ait1	Hypothèse de variances égales	,022	,883	-1,348	37	,186	-1,374	1,019	-3,439	,692

es égales Hypoth èse de varianc es inégale s			- 1,3 45	36,3 85	,187	-1,374	1,021	-3,444	,697
---	--	--	----------------	------------	------	--------	-------	--------	------

Tableau 25 : Test de student pour les moyens d'alexithymie et d'optimisme de chaque groupe.

3. Variables Transactionnelles

3.1. Stratégies de coping

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Esprit combatif T1	39	30	55	44,54	6,878
Esprit combatif T2	39	32	55	45,41	6,133
Esprit combatif T3	38	29	56	46,11	5,564
Impuissance d'espérance T1	39	11	40	16,97	6,081
Impuissance d'espérance T2	39	10	43	17,10	6,336
Impuissance d'espérance T3	38	8	34	15,50	4,735
Préoccupations anxieuses T1	39	14	46	25,33	7,875
Préoccupations anxieuses T2	39	14	45	24,28	8,651
Préoccupations anxieuses T3	38	12	45	22,63	7,080
Evitement cognitif T1	39	5	20	12,54	3,597
Evitement cognitif T2	39	6	20	11,72	3,464
Evitement cognitif T3	38	5	19	11,18	3,368
Dénégation T1	39	3	12	5,56	2,644
Dénégation T2	39	3	11	4,97	2,518
Dénégation T3	38	3	12	4,87	2,440
N valide (listwise)	38				

Tableau 26 : Scores de l'échantillon aux stratégies de coping à T1.

		GC			GE	
Stratégies de coping	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Esprit combatif						
<i>Moyenne</i>	44	45,05	44,89	45,05	45,75	47,20
<i>Ecart-type</i>	7,34	6,77	6,16	6,55	5,60	4,86
<i>Minimum</i>	30	32	29	32	33	40
<i>Maximum</i>	55	52	52	52	55	56
Impuissance-désespoir						
<i>Moyenne</i>	17,97	18,16	15,50	16,05	16,10	15,50
<i>Ecart-type</i>	7,79	8,34	5,57	3,80	3,47	3,98
<i>Minimum</i>	11	11	11	11	10	8
<i>Maximum</i>	40	43	34	24	22	24
Préoccupations anxieuses						
<i>Moyenne</i>	24,58	24,26	22,50	26,05	24,30	22,75
<i>Ecart-type</i>	8,05	9,10	8,38	7,83	8,43	5,89
<i>Minimum</i>	14	14	12	14	14	12
<i>Maximum</i>	46	45	45	43	43	34
Evitement-Cognitif						
<i>Moyenne</i>	12,84	12,11	11,72	12,25	11,35	10,70
<i>Ecart-type</i>	2,69	3,10	3,06	4,33	3,81	3,62
<i>Minimum</i>	7	7	6	5	6	5
<i>Maximum</i>	19	18	17	20	20	19
Dénégation						
<i>Moyenne</i>	4,84	4,89	4,44	6,25	5,05	5,25
<i>Ecart-type</i>	2,31	2,60	1,97	2,80	2,50	2,78
<i>Minimum</i>	3	3	3	3	3	3
<i>Maximum</i>	11	11	11	12	9	12

Tableau 27 : Scores de chaque groupe aux stratégies de coping à T2 et à T3.

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
espritcombatifl	Hypothèse de variances égales	,324	,573	-,472	37	,640	-1,050	2,226	-5,561	3,461
	Hypothèse de variances inégales			-,470	36,022	,641	-1,050	2,233	-5,579	3,479
impusissancedes espoirl	Hypothèse de variances égales	4,083	,051	,973	37	,337	1,897	1,949	-2,052	5,847
	Hypothèse de variances inégales			,958	25,807	,347	1,897	1,981	-2,177	5,971
preoccupationsa nxiieusesl	Hypothèse de variances égales	,235	,631	-,578	37	,567	-1,471	2,545	-6,628	3,686
	Hypothèse de variances inégales			-,578	36,762	,567	-1,471	2,547	-6,633	3,691

evitement cognitif	Hypothèse de variances égales	6,939	,012	,509	37	,614	,592	1,164	-1,766	2,950
denégation	Hypothèse de variances inégales			,515	31,980	,610	,592	1,150	-1,751	2,935
	Hypothèse de variances égales	1,792	,189	-1,703	37	,097	-1,408	,827	-3,083	,267
	Hypothèse de variances inégales			-1,712	36,305	,095	-1,408	,822	-3,075	,259

Tableau 28 : Test de student pour les scores moyens aux stratégies de coping de chaque groupe

3.2. Satisfaction quant au soutien social perçu

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Satisfaction soutien social T1	39	10	80	53,21	18,331
Satisfaction soutien social T2	39	12	80	48,15	17,501
Satisfaction soutien social T3	39	10	80	46,38	18,654
N valide (listwise)	39				

Tableau 29 : Scores de l'échantillon à la satisfaction du soutien social à T1, à T2 et à T3.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Satisfaction soutien social T1	19	12	77	49,21	15,978
Satisfaction soutien social T2	19	12	77	46,11	18,580
Satisfaction soutien social T3	19	10	77	43,37	18,566
N valide (listwise)	19				

Tableau 30 : Scores du groupe contrôle à la satisfaction du soutien social aux trois temps.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Satisfaction soutien social T1	20	10	80	57,00	19,976
Satisfaction soutien social T2	20	21	80	50,10	16,654
Satisfaction soutien social T3	20	12	80	49,25	18,753
N valide (listwise)	20				

Tableau 31 : Scores du groupe expérimental à la satisfaction du soutien social aux trois temps.

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
satisfaction	Hypothèse de variances égales	2,136	,152	-1,340	37	,188	-7,789	5,812	-19,565	3,986
	Hypothèse de variances inégales			-1,348	35,982	,186	-7,789	5,778	-19,509	3,930

Tableau 32 : Test de student pour les scores moyens à la satisfaction social de chaque groupe.

4. Variables dépendantes ou issues à prédire

4.1. Ajustement émotionnel

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Anxiété état T1	39	1	19	7,74	4,278
Anxiété état T2	39	0	15	6,79	4,131
Anxiété état T3	38	1	15	5,84	3,349
Dépression état T1	39	0	16	4,74	3,618
Dépression état T2	39	0	14	5,03	3,696
Dépression état T3	39	0	17	4,64	3,468
N valide (listwise)	38				

Tableau 33 : Scores de l'échantillon à l'ajustement émotionnel aux trois temps.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Anxiété état T1	19	1	19	6,95	4,600
Anxiété état T2	19	1	15	6,53	3,991
Anxiété état T3	18	1	15	6,83	3,899
Dépression état T1	19	0	16	5,00	4,096
Dépression état T2	19	1	14	5,32	4,056
Dépression état T3	19	0	17	5,37	4,153
N valide (listwise)	18				

Tableau 34 : Scores du groupe contrôle à l'ajustement émotionnel aux trois temps.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Anxiété état T1	20	3	18	8,50	3,914
Anxiété état T2	20	0	14	7,05	4,347
Anxiété état T3	20	1	9	4,95	2,544
Dépression état T1	20	0	12	4,50	3,187
Dépression état T2	20	0	12	4,75	3,401
Dépression état T3	20	0	10	3,95	2,585
N valide (listwise)	20				

Tableau 35 : Scores du groupe expérimental à l'ajustement émotionnel aux trois temps.

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
anxiété groupe	Hypothèse de variances égales	1,292	,263	-,478	37	,636	-,118	,248	-,621	,384
	Hypothèse de variances inégales			-,476	35,589	,637	-,118	,249	-,624	,387
	Hypothèse de variances égales	,250	,620	-,427	37	,672	,500	1,172	-1,874	2,874
	Hypothèse de variances inégales			-,424	34,004	,674	,500	1,179	-1,897	2,897
depression état1										

Tableau 36 : Test de student pour les scores moyens à l'ajustement émotionnel de chaque groupe.

4.2. Image du corps

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Satisfaction corporelle T1	39	35	86	61,44	12,949
Satisfaction corporelle T2	39	30	89	59,49	14,464
Satisfaction corporelle T3	39	21	85	65,85	13,556
N valide (listwise)	39				

Tableau 37 : Scores de l'échantillon à la satisfaction corporelle aux trois temps.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Satisfaction corporelle T1	19	35	81	60,26	10,687
Satisfaction corporelle T2	19	37	89	60,89	13,144
Satisfaction corporelle T3	19	21	85	63,47	16,225
N valide (listwise)	19				

Tableau 38 : Scores du groupe contrôle à la satisfaction corporelle aux trois temps.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Satisfaction corporelle T1	20	36	86	62,55	14,982
Satisfaction corporelle T2	20	30	83	58,15	15,839
Satisfaction corporelle T3	20	44	80	68,10	10,351
N valide (listwise)	20				

Tableau 39 : Scores du groupe expérimental à la satisfaction corporelle aux trois temps.

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
imageducorps1	Hypothèse de variances égales	3,331	,076	-,546	37	,588	-2,287	4,187	10,771	6,197
	Hypothèse de variances inégales			-,551	34,389	,585	-2,287	4,151	10,720	6,146

Tableau 40 : Test de student pour les scores moyens à la satisfaction corporelle de chaque groupe.

4.3. Qualité de vie

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
QDV physique T1	39	5	16	7,95	3,043
QDV physique T2	39	5	16	8,92	2,432
QDV physique T3	39	5	14	7,38	1,955
QDV cognitive T1	39	2	7	3,18	1,275
QDV cognitive T2	39	2	7	3,18	1,167
QDV cognitive T3	39	2	8	3,10	1,314
QDV émotionnelle T1	39	4	16	7,64	3,399
QDV émotionnelle T2	39	4	15	7,36	2,851
QDV émotionnelle T3	39	4	13	6,85	2,621
QDV globale T1	39	5	14	9,54	2,415
QDV globale T2	38	1	14	9,45	2,698
QDV globale T3	39	1	14	9,31	2,745
N valide (listwise)	38				

Tableau 41 : Scores de l'échantillon à la QDV aux trois temps.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
QDV physique T1	19	5	14	8,16	2,853
QDV physique T2	19	6	13	8,42	1,865
QDV physique T3	19	5	11	7,58	1,774
QDV cognitive T1	19	2	6	3,26	1,284
QDV cognitive T2	19	2	4	3,00	,816
QDV cognitive T3	19	2	5	3,00	,943
QDV émotionnelle T1	19	4	16	7,68	3,481
QDV émotionnelle T2	19	4	13	7,21	2,917
QDV émotionnelle T3	19	4	13	6,74	2,746
QDV globale T1	19	6	13	9,37	2,290
QDV globale T2	18	1	14	9,28	3,006
QDV globale T3	19	1	14	8,89	3,053
N valide (listwise)	18				

Tableau 42 : Scores du groupe contrôle à la QDV aux trois temps.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
QDV physique T1	20	5	16	7,75	3,275
QDV physique T2	20	5	16	9,40	2,836
QDV physique T3	20	5	14	7,20	2,142
QDV cognitive T1	20	2	7	3,10	1,294
QDV cognitive T2	20	2	7	3,35	1,424
QDV cognitive T3	20	2	8	3,20	1,609
QDV émotionnelle T1	20	4	16	7,60	3,409
QDV émotionnelle T2	20	4	15	7,50	2,856
QDV émotionnelle T3	20	4	13	6,95	2,564
QDV globale T1	20	5	14	9,70	2,577
QDV globale T2	20	4	14	9,60	2,458
QDV globale T3	20	5	14	9,70	2,430
N valide (listwise)	20				

Tableau 43 : Scores du groupe expérimental à la QDV aux trois temps.

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
qdvphy	Hypothèse de variances égales	,046	,831	,414	37	,681	,408	,986	-1,589	2,405
	Hypothèse de variances inégales			,415	36,736	,680	,408	,982	-1,583	2,398
qdv cogn	Hypothèse de variances égales	,273	,605	,395	37	,695	,163	,413	-,674	1,000
	Hypothèse de variances inégales			,395	36,924	,695	,163	,413	-,673	1,000
qdvemot	Hypothèse de variances égales	,026	,872	,076	37	,940	,084	1,103	-2,151	2,320
	Hypothèse de variances inégales			,076	36,801	,940	,084	1,104	-2,153	2,322
qdv globale	Hypothèse de variances égales	,151	,700	-,424	37	,674	-,332	,782	-1,917	1,253
	Hypothèse de variances inégales			-,425	36,844	,673	-,332	,780	-1,912	1,249

Tableau 44 : Test de student pour les scores moyens à la QDV de chaque groupe.

C.2. VERIFICATIONS DES HYPOTHESES

1. Normalité des variances

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		Anxiété état T1	Anxiété état T2	Anxiété état T3
N		19	19	18
Paramètres normaux (a,b)	Moyenne	6,95	6,53	6,83
	Ecart-type	4,600	3,991	3,899
Différences les plus extrêmes	Absolue	,146	,184	,160
	Positive	,146	,184	,160
	Négative	-,098	-,083	-,123
Z de Kolmogorov-Smirnov		,638	,802	,680
Signification asymptotique (bilatérale)		,810	,541	,745

a La distribution à tester est gaussienne.

b Calculée à partir des données.

Tableau 45 : Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable anxiété état du groupe contrôle.

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		Dépression état T1	Dépression état T2	Dépression état T3
N		19	19	19
Paramètres normaux(a,b)	Moyenne	5,00	5,32	5,37
	Ecart-type	4,096	4,056	4,153
Différences les plus extrêmes	Absolue	,207	,170	,220
	Positive	,207	,170	,220
	Négative	-,111	-,144	-,098
Z de Kolmogorov-Smirnov		,904	,740	,957
Signification asymptotique (bilatérale)		,387	,643	,319

a La distribution à tester est gaussienne.

b Calculée à partir des données.

Tableau 46 : Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable dépression état du groupe contrôle.

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		Satisfaction corporelle T1	Satisfaction corporelle T2	Satisfaction corporelle T3
N		19	19	19
Paramètres normaux(a,b)	Moyenne	60,26	60,89	63,47
	Ecart-type	10,687	13,144	16,225
Différences les plus extrêmes	Absolue	,116	,147	,160
	Positive	,077	,147	,092
	Négative	-,116	-,130	-,160
Z de Kolmogorov-Smirnov		,505	,640	,696
Signification asymptotique (bilatérale)		,961	,808	,718

a La distribution à tester est gaussienne.

b Calculée à partir des données.

Tableau 47 : Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable satisfaction corporelle du groupe contrôle.

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		QDV physique T1	QDV physique T2	QDV physique T3	QDV cognitive T3	QDV cognitive T2	QDV cognitive T3
N		19	19	19	19	19	19
Paramètres normaux(a,b)	Moyenne	8,16	8,42	7,58	3,26	3,00	3,00
	Ecart-type	2,853	1,865	1,774	1,284	,816	,943
Différences les plus extrêmes	Absolue	,182	,221	,154	,213	,205	,289
	Positive	,182	,221	,154	,213	,205	,289
	Négative	-,134	-,170	-,124	-,163	-,205	-,184
Z de Kolmogorov-Smirnov		,792	,963	,672	,927	,896	1,262
Signification asymptotique (bilatérale)		,558	,312	,757	,356	,399	,083

a La distribution à tester est gaussienne.

b Calculée à partir des données.

Tableau 48 : Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable QDV physique et cognitive du groupe contrôle.

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		QDV émotionnelle T1	QDV émotionnelle T2	QDV émotionnelle T3	QDV globale T3	QDV globale T2	QDV globale T3
N		19	19	19	19	18	19
Paramètres normaux(a,b)	Moyenne	7,68	7,21	6,74	9,37	9,28	8,89
	Ecart- type	3,481	2,917	2,746	2,290	3,006	3,053
Différences les plus extrêmes	Absolue	,209	,187	,263	,138	,169	,220
	Positive	,209	,187	,263	,113	,127	,102
	Négative	-,145	-,136	-,159	-,138	-,169	-,220
Z de Kolmogorov- Smirnov		,913	,816	1,146	,601	,716	,960
Signification asymptotique (bilatérale)		,375	,518	,145	,863	,685	,315

a La distribution à tester est gaussienne.

b Calculée à partir des données.

Tableau 49: Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable QDV émotionnelle et globale du groupe contrôle.

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		Anxiété état T1	Anxiété état T2	Anxiété état T3
N		20	20	20
Paramètres normaux(a,b)	Moyenne	8,60	7,05	4,95
	Ecart-type	3,926	4,347	2,544
Différences les plus extrêmes	Absolue	,211	,181	,196
	Positive	,211	,181	,196
	Négative	-,092	-,123	-,140
Z de Kolmogorov-Smirnov		,942	,811	,875
Signification asymptotique (bilatérale)		,337	,526	,429

a La distribution à tester est gaussienne.

b Calculée à partir des données.

Tableau 50 : Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable anxiété état du groupe expérimental.

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		Dépression état T1	Dépression état T2	Dépression état T3
N		20	20	20
Paramètres normaux(a,b)	Moyenne	4,50	4,75	3,95
	Ecart-type	3,187	3,401	2,585
Différences les plus extrêmes	Absolue	,212	,115	,143
	Positive	,212	,115	,143
	Négative	-,088	-,093	-,125
Z de Kolmogorov-Smirnov		,950	,514	,641
Signification asymptotique (bilatérale)		,328	,954	,805

a La distribution à tester est gaussienne.

b Calculée à partir des données.

Tableau 51 : Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable dépression état du groupe expérimental.

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		Satisfaction corporelle T1	Satisfaction corporelle T2	Satisfaction corporelle T3
N		20	20	20
Paramètres normaux(a,b)	Moyenne	62,55	58,15	68,10
	Ecart-type	14,982	15,839	10,351
Différences les plus extrêmes	Absolue	,094	,087	,223
	Positive	,094	,087	,125
	Négative	-,086	-,076	-,223
Z de Kolmogorov-Smirnov		,419	,388	,996
Signification asymptotique (bilatérale)		,995	,998	,274

a La distribution à tester est gaussienne.

b Calculée à partir des données.

Tableau 52 : Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable satisfaction corporelle du groupe expérimental.

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		QDV physique T1	QDV physique T2	QDV physique T3	QDV cognitive T3	QDV cognitive T2	QDV cognitive T3
N		20	20	20	20	20	20
Paramètres	Moyenne	7,75	9,40	7,20	3,10	3,35	3,20
normaux(a,b)	Ecart- type	3,275	2,836	2,142	1,294	1,424	1,609
Différences	Absolue	,201	,156	,237	,231	,197	,349
les plus	Positive	,191	,156	,237	,231	,197	,349
extrêmes	Négative	-,201	-,099	-,152	-,198	-,172	-,228
Z de Kolmogorov- Smirnov		,897	,698	1,061	1,032	,881	1,563
Signification asymptotique (bilatérale)		,397	,715	,210	,237	,419	,015

a La distribution à tester est gaussienne.

b Calculée à partir des données.

Tableau 53 : Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable QDV physique et cognitive du groupe expérimental.

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		QDV émotionnelle T1	QDV émotionnelle T2	QDV émotionnelle T3	QDV globale T3	QDV globale T2	QDV globale T3
N		20	20	20	20	20	20
Paramètres	Moyenne	7,60	7,50	6,95	9,70	9,60	9,70
normaux(a,b)	Ecart- type	3,409	2,856	2,564	2,577	2,458	2,430
Différences	Absolue	,270	,159	,144	,196	,165	,151
les plus	Positive	,270	,159	,144	,136	,114	,151
extrêmes	Négative	-,145	-,110	-,125	-,196	-,165	-,142
Z de Kolmogorov- Smirnov		1,207	,712	,646	,878	,736	,675
Signification asymptotique (bilatérale)		,109	,691	,798	,424	,650	,753

a La distribution à tester est gaussienne.

b Calculée à partir des données.

Tableau 54 : Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable QDV émotionnelle et globale du groupe expérimental.

2. Vérification de l'Hypothèse 1.

2.1. Différences intragroupe

ANOVA à mesures répétées pour la variance de l'anxiété état au sein du **groupe expérimental** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
facteur1	,944	1,033	2	,597	,947	1,000	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 55 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	127,433	2	63,717	12,318	,000	,393
	Greenhouse-Geisser	127,433	1,894	67,270	12,318	,000	,393
	Huynh-Feldt	127,433	2,000	63,717	12,318	,000	,393
	Borne inférieure	127,433	1,000	127,433	12,318	,002	,393
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	196,567	38	5,173			
	Greenhouse-Geisser	196,567	35,993	5,461			
	Huynh-Feldt	196,567	38,000	5,173			
	Borne inférieure	196,567	19,000	10,346			

Tableau 56 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	1,450	,800	,257	-,649	3,549
	3	3,550(*)	,679	,000	1,769	5,331
2	1	-1,450	,800	,257	-3,549	,649
	3	2,100(*)	,672	,017	,335	3,865
3	1	-3,550(*)	,679	,000	-5,331	-1,769
	2	-2,100(*)	,672	,017	-3,865	-,335

Basée sur les moyennes marginales estimées

* La différence de moyennes est significative au niveau ,05

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 57 : Comparaisons de paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance de l'anxiété état au sein du **groupe contrôle** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra- sujets	W de Mauchly	Khi- deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Borne inférieure
facteur1	,791	3,760	2	,153	,827	,905	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 58 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	3,111	2	1,556	,569	,571	,032
	Greenhouse-Geisser	3,111	1,654	1,881	,569	,540	,032
	Huynh-Feldt	3,111	1,809	1,720	,569	,555	,032
	Borne inférieure	3,111	1,000	3,111	,569	,461	,032
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	92,889	34	2,732			
	Greenhouse-Geisser	92,889	28,112	3,304			
	Huynh-Feldt	92,889	30,758	3,020			
	Borne inférieure	92,889	17,000	5,464			

Tableau 59 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	,444	,638	1,000	-1,249	2,138
	3	-,111	,577	1,000	-1,642	1,420
2	1	-,444	,638	1,000	-2,138	1,249
	3	-,556	,414	,592	-1,655	,544
3	1	,111	,577	1,000	-1,420	1,642
	2	,556	,414	,592	-,544	1,655

Basée sur les moyennes marginales estimées

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 60 : Comparaisons de paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance de la dépression état au sein du **groupe expérimental** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a) Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
facteur1	,800	4,021	2	,134	,833	,904	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 61 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	6,700	2	3,350	,710	,498	,036
	Greenhouse-Geisser	6,700	1,666	4,021	,710	,475	,036
	Huynh-Feldt	6,700	1,807	3,707	,710	,485	,036
	Borne inférieure	6,700	1,000	6,700	,710	,410	,036
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	179,300	38	4,718			
	Greenhouse-Geisser	179,300	31,662	5,663			
	Huynh-Feldt	179,300	34,340	5,221			
	Borne inférieure	179,300	19,000	9,437			

Tableau 62 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	-,250	,624	1,000	-1,887	1,387
	3	,550	,825	1,000	-1,617	2,717
2	1	,250	,624	1,000	-1,387	1,887
	3	,800	,588	,568	-,742	2,342
3	1	-,550	,825	1,000	-2,717	1,617
	2	-,800	,588	,568	-2,342	,742

Basée sur les moyennes marginales estimées

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 63 : Comparaisons de paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance de la dépression état au sein du **groupe contrôle** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra- sujets	W de Mauchly	Khi- deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Borne inférieure
facteur1	,963	,642	2	,725	,964	1,000	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 64 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	1,509	2	,754	,223	,801	,012
	Greenhouse-Geisser	1,509	1,928	,782	,223	,793	,012
	Huynh-Feldt	1,509	2,000	,754	,223	,801	,012
	Borne inférieure	1,509	1,000	1,509	,223	,642	,012
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	121,825	36	3,384			
	Greenhouse-Geisser	121,825	34,713	M3,510			
	Huynh-Feldt	121,825	36,000	3,384			
	Borne inférieure	121,825	18,000	6,768			

Tableau 65 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	-,316	,593	1,000	-1,880	1,248
	3	-,368	,547	1,000	-1,813	1,076
2	1	,316	,593	1,000	-1,248	1,880
	3	-,053	,647	1,000	-1,759	1,654
3	1	,368	,547	1,000	-1,076	1,813
	2	,053	,647	1,000	-1,654	1,759

Basée sur les moyennes marginales estimées

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 66 : Comparaisons par paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance de la satisfaction au sein du **groupe expérimental** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
facteur1	,898	1,940	2	,379	,907	,998	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 67 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source	facteur1	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Linéaire	308,025	1	308,025	3,623	,072	,160
	Quadratique	686,408	1	686,408	14,083	,001	,426
Erreur(facteur1)	Linéaire	1615,475	19	85,025			
	Quadratique	926,092	19	48,742			

Tableau 68 : Tests des contrastes intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	4,400	2,191	,177	-1,353	10,153
	3	-5,550	2,916	,217	-13,205	2,105
2	1	-4,400	2,191	,177	-10,153	1,353
	3	-9,950(*)	2,600	,003	-16,775	-3,125
3	1	5,550	2,916	,217	-2,105	13,205
	2	9,950(*)	2,600	,003	3,125	16,775

Basée sur les moyennes marginales estimées

* La différence de moyennes est significative au niveau ,05

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 69 : Comparaisons par paires, test post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance de la satisfaction corporelle au sein du **groupe**
contrôle aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
facteur1	,881	2,148	2	,342	,894	,986	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 70 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	109,930	2	54,965	1,247	,299	,065
	Greenhouse-Geisser	109,930	1,788	61,489	1,247	,298	,065
	Huynh-Feldt	109,930	1,972	55,750	1,247	,299	,065
	Borne inférieure	109,930	1,000	109,930	1,247	,279	,065
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	1586,737	36	44,076			
	Greenhouse-Geisser	1586,737	32,180	49,308			
	Huynh-Feldt	1586,737	35,493	44,705			
	Borne inférieure	1586,737	18,000	88,152			

Tableau 71 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	-,632	1,744	1,000	-5,235	3,972
	3	-3,211	2,343	,562	-9,394	2,972
2	1	,632	1,744	1,000	-3,972	5,235
	3	-2,579	2,321	,843	-8,705	3,547
3	1	3,211	2,343	,562	-2,972	9,394
	2	2,579	2,321	,843	-3,547	8,705

Basée sur les moyennes marginales estimées

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 72 : Comparaisons par paires, test post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance du domaine **physique** de la QDV au sein du **groupe expérimental** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra- sujets	W de Mauchly	Khi- deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Borne inférieure
facteur1	,903	1,835	2	,400	,912	1,000	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 73: Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	52,433	2	26,217	8,721	,001	,315
	Greenhouse-Geisser	52,433	1,823	28,757	8,721	,001	,315
	Huynh-Feldt	52,433	2,000	26,217	8,721	,001	,315
	Borne inférieure	52,433	1,000	52,433	8,721	,008	,315
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	114,233	38	3,006			
	Greenhouse-Geisser	114,233	34,643	3,297			
	Huynh-Feldt	114,233	38,000	3,006			
	Borne inférieure	114,233	19,000	6,012			

Tableau 74 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	-1,650(*)	,460	,006	-2,859	-,441
	3	,550	,609	1,000	-1,049	2,149
2	1	1,650(*)	,460	,006	,441	2,859
	3	2,200(*)	,565	,003	,717	3,683
3	1	-,550	,609	1,000	-2,149	1,049
	2	-2,200(*)	,565	,003	-3,683	-,717

Basée sur les moyennes marginales estimées

* La différence de moyennes est significative au niveau ,05

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 75 : Comparaisons par paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance du domaine **physique** de la QDV au sein du **groupe contrôle** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
facteur1	,650	7,323	2	,026	,741	,791	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 76 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	7,053	2	3,526	1,709	,195	,087
	Greenhouse-Geisser	7,053	1,482	4,760	1,709	,204	,087
	Huynh-Feldt	7,053	1,583	4,455	1,709	,203	,087
	Borne inférieure	7,053	1,000	7,053	1,709	,208	,087
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	74,281	36	2,063			
	Greenhouse-Geisser	74,281	26,667	2,785			
	Huynh-Feldt	74,281	28,494	2,607			
	Borne inférieure	74,281	18,000	4,127			

Tableau 77 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	-,263	,540	1,000	-1,688	1,162
	3	,579	,520	,842	-,795	1,952
2	1	,263	,540	1,000	-1,162	1,688
	3	,842(*)	,299	,034	,054	1,631
3	1	-,579	,520	,842	-1,952	,795
	2	-,842(*)	,299	,034	-1,631	-,054

Basée sur les moyennes marginales estimées

* La différence de moyennes est significative au niveau ,05

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 78 : Comparaisons par paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance du domaine **cognitif** de la QDV au sein du

groupe expérimental aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra- sujets	W de Mauchly	Khi- deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Borne inférieure
facteur1	,949	,937	2	,626	,952	1,000	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 79 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	,633	2	,317	,322	,727	,017
	Greenhouse-Geisser	,633	1,903	,333	,322	,716	,017
	Huynh-Feldt	,633	2,000	,317	,322	,727	,017
	Borne inférieure	,633	1,000	,633	,322	,577	,017
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	37,367	38	,983			
	Greenhouse-Geisser	37,367	36,166	1,033			
	Huynh-Feldt	37,367	38,000	,983			
	Borne inférieure	37,367	19,000	1,967			

Tableau 80 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	-,250	,347	1,000	-1,161	,661
	3	-,100	,298	1,000	-,883	,683
2	1	,250	,347	1,000	-,661	1,161
	3	,150	,293	1,000	-,618	,918
3	1	,100	,298	1,000	-,683	,883
	2	-,150	,293	1,000	-,918	,618

Basée sur les moyennes marginales estimées

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 81 : Comparaisons par paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance du domaine **cognitif** de la QDV au sein du **groupe contrôle** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
facteur1	,371	16,859	2	,000	,614	,636	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 82 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	,877	2	,439	,826	,446	,044
	Greenhouse-Geisser	,877	1,228	,714	,826	,397	,044
	Huynh-Feldt	,877	1,272	,690	,826	,400	,044
	Borne inférieure	,877	1,000	,877	,826	,376	,044
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	19,123	36	,531			
	Greenhouse-Geisser	19,123	22,099	,865			
	Huynh-Feldt	19,123	22,888	,836			
	Borne inférieure	19,123	18,000	1,062			

Tableau 83 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	,263	,274	1,000	-,460	,986
	3	,263	,285	1,000	-,488	1,014
2	1	-,263	,274	1,000	-,986	,460
	3	,000	,108	1,000	-,285	,285
3	1	-,263	,285	1,000	-1,014	,488
	2	,000	,108	1,000	-,285	,285

Basée sur les moyennes marginales estimées

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 84 : Comparaisons par paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance du domaine **émotionnel** de la QDV au sein du **groupe expérimental** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra- sujets	W de Mauchly	Khi- deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Borne inférieure
facteur1	,881	2,282	2	,320	,894	,980	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 85 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	4,900	2	2,450	,769	,471	,039
	Greenhouse-Geisser	4,900	1,787	2,742	,769	,458	,039
	Huynh-Feldt	4,900	1,960	2,499	,769	,468	,039
	Borne inférieure	4,900	1,000	4,900	,769	,392	,039
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	121,100	38	3,187			
	Greenhouse-Geisser	121,100	33,957	3,566			
	Huynh-Feldt	121,100	37,248	3,251			
	Borne inférieure	121,100	19,000	6,374			

Tableau 86 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	,100	,502	1,000	-1,218	1,418
	3	,650	,654	,998	-1,067	2,367
2	1	-,100	,502	1,000	-1,418	1,218
	3	,550	,526	,925	-,830	1,930
3	1	-,650	,654	,998	-2,367	1,067
	2	-,550	,526	,925	-1,930	,830

Basée sur les moyennes marginales estimées

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 87 : Comparaisons par paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance du domaine **émotionnel** de la QDV au sein du **groupe contrôle** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
facteur1	,518	11,192	2	,004	,675	,710	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 88 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	8,526	2	4,263	1,728	,192	,088
	Greenhouse-Geisser	8,526	1,349	6,319	1,728	,203	,088
	Huynh-Feldt	8,526	1,419	6,007	1,728	,202	,088
	Borne inférieure	8,526	1,000	8,526	1,728	,205	,088
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	88,807	36	2,467			
	Greenhouse-Geisser	88,807	24,286	3,657			
	Huynh-Feldt	88,807	25,551	3,476			
	Borne inférieure	88,807	18,000	4,934			

Tableau 89 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	,474	,559	1,000	-1,001	1,948
	3	,947	,619	,429	-,686	2,580
2	1	-,474	,559	1,000	-1,948	1,001
	3	,474	,290	,359	-,291	1,239
3	1	-,947	,619	,429	-2,580	,686
	2	-,474	,290	,359	-1,239	,291

Basée sur les moyennes marginales estimées

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 90 : Comparaisons par paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance du domaine **global** de la QDV au sein du **groupe expérimental** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra- sujets	W de Mauchly	Khi- deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Borne inférieure
facteur1	,803	3,941	2	,139	,836	,907	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 91 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	,133	2	,067	,015	,985	,001
	Greenhouse-Geisser	,133	1,671	,080	,015	,972	,001
	Huynh-Feldt	,133	1,814	,074	,015	,979	,001
	Borne inférieure	,133	1,000	,133	,015	,902	,001
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	163,867	38	4,312			
	Greenhouse-Geisser	163,867	31,756	5,160			
	Huynh-Feldt	163,867	34,459	4,755			
	Borne inférieure	163,867	19,000	8,625			

Tableau 92 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	,100	,774	1,000	-1,933	2,133
	3	,000	,518	1,000	-1,360	1,360
2	1	-,100	,774	1,000	-2,133	1,933
	3	-,100	,653	1,000	-1,813	1,613
3	1	,000	,518	1,000	-1,360	1,360
	2	,100	,653	1,000	-1,613	1,813

Basée sur les moyennes marginales estimées

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 93 : Comparaisons par paires, tests post-hoc.

ANOVA à mesures répétées pour la variance du domaine **global** de la QDV au sein du **groupe contrôle** aux trois temps.

Mesure: MEASURE_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Signification	Epsilon(a)		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
facteur1	,753	4,528	2	,104	,802	,873	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

Tableau 94 : Test de sphéricité de Mauchly (b).

Mesure: MEASURE_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
facteur1	Sphéricité supposée	,481	2	,241	,053	,949	,003
	Greenhouse-Geisser	,481	1,604	,300	,053	,917	,003
	Huynh-Feldt	,481	1,746	,276	,053	,931	,003
	Borne inférieure	,481	1,000	,481	,053	,821	,003
Erreur(facteur1)	Sphéricité supposée	155,519	34	4,574			
	Greenhouse-Geisser	155,519	27,276	5,702			
	Huynh-Feldt	155,519	29,682	5,239			
	Borne inférieure	155,519	17,000	9,148			

Tableau 95 : Tests des effets intra-sujets.

Mesure: MEASURE_1

(I) facteur1	(J) facteur1	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification(a)	Intervalle de confiance de la différence à 95%(a)	
					Borne inférieure	Limite supérieure
1	2	-,056	,838	1,000	-2,281	2,170
	3	,167	,742	1,000	-1,804	2,137
2	1	,056	,838	1,000	-2,170	2,281
	3	,222	,521	1,000	-1,161	1,606
3	1	-,167	,742	1,000	-2,137	1,804
	2	-,222	,521	1,000	-1,606	1,161

Basée sur les moyennes marginales estimées

a Ajustement des comparaisons multiples : Bonferroni.

Tableau 96 : Comparaisons par paires, tests post-hoc.

2.2. Différences intergroupe

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
Anxiété Etat T1	Hypothèse de variances égales	,842	,365	-1,137	37	,263	-1,553	1,365	-4,319	1,214
	Hypothèse de variances inégales			-1,132	35,404	,265	-1,553	1,371	-4,335	1,230
Anxiété Etat T2	Hypothèse de variances égales	,269	,607	-,391	37	,698	-,524	1,338	-3,235	2,188
	Hypothèse de variances inégales			-,392	36,961	,697	-,524	1,335	-3,229	2,182
Anxiété Etat T3	Hypothèse de variances égales	1,737	,196	1,781	36	,083	1,883	1,058	-,262	4,028
	Hypothèse de variances inégales			1,742	28,743	,092	1,883	1,081	-,328	4,095

Tableau 97 : Test de student pour la variance de l'anxiété état entre les deux groupes.

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
Dépression Etat T1	Hypothèse de variances égales	,250	,620	,427	37	,672	,500	1,172	-1,874	2,874
	Hypothèse de variances inégales			,424	34,004	,674	,500	1,179	-1,897	2,897
Dépression Etat T2	Hypothèse de variances égales	,268	,608	,473	37	,639	,566	1,196	-1,858	2,990
	Hypothèse de variances inégales			,471	35,199	,641	,566	1,202	-1,873	3,005
Dépression Etat T3	Hypothèse de variances égales	1,938	,172	1,288	37	,206	1,418	1,101	-,813	3,650
	Hypothèse de variances inégales			1,273	29,857	,213	1,418	1,114	-,858	3,695

Tableau 98 : Test de student pour la variance de la dépression état entre les deux groupes.

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
Image Du corps T1	Hypothèse de variances égales	3,331	,076	-,546	37	,588	-2,287	4,187	-10,771	6,197
	Hypothèse de variances inégales			-,551	34,389	,585	-2,287	4,151	-10,720	6,146
Image Du corps T2	Hypothèse de variances égales	1,068	,308	,587	37	,561	2,745	4,674	-6,726	12,215
	Hypothèse de variances inégales			,590	36,362	,559	2,745	4,652	-6,686	12,175
Image Du corps T3	Hypothèse de variances égales	5,081	,030	-1,067	37	,293	-4,626	4,335	-13,410	4,157
	Hypothèse de variances inégales			-1,055	30,317	,300	-4,626	4,383	-13,574	4,322

Tableau 99 : Test de student pour la variance de la satisfaction corporelle entre les deux groupes.

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
QDV PHYSIQUE T1	Hypothèse de variances égales	,046	,831	,414	37	,681	,408	,986	-1,589	2,405
	Hypothèse de variances inégales			,415	36,736	,680	,408	,982	-1,583	2,398
QDV PHYSIQUE T2	Hypothèse de variances égales	2,246	,142	-1,266	37	,213	-,979	,773	-2,545	,587
	Hypothèse de variances inégales			-1,280	33,018	,210	-,979	,765	-2,535	,577
QDV PHYSIQUE T3	Hypothèse de variances égales	,005	,945	,600	37	,552	,379	,632	-,901	1,659
	Hypothèse de variances inégales			,603	36,340	,550	,379	,629	-,895	1,653
QDV COGNITIVE T1	Hypothèse de variances égales	,273	,605	,395	37	,695	,163	,413	-,674	1,000
	Hypothèse de variances inégales			,395	36,924	,695	,163	,413	-,673	1,000
QDV COGNITIVE T2	Hypothèse de variances égales	4,809	,035	-,935	37	,356	-,350	,374	-1,109	,409
	Hypothèse de variances inégales			-,947	30,557	,351	-,350	,370	-1,104	,404
QDV COGNITIVE T3	Hypothèse de variances égales	2,644	,112	-,470	37	,641	-,200	,425	-1,062	,662
	Hypothèse de variances inégales			-,476	30,947	,637	-,200	,420	-1,056	,656
QDV EMOTIONNELLE T1	Hypothèse de variances égales	,026	,872	,076	37	,940	,084	1,103	-2,151	2,320
	Hypothèse de variances inégales			,076	36,801	,940	,084	1,104	-2,153	2,322
QDV EMOTIONNELLE T2	Hypothèse de variances égales	,002	,967	-,313	37	,756	-,289	,925	-2,163	1,584

QDV EMOTIONNELLE T3	Hypothèse de variances inégales			-,313	36,800	,756	-,289	,925	-2,164	1,585
	Hypothèse de variances égales	,627	,434	-,251	37	,803	-,213	,850	-1,936	1,510
	Hypothèse de variances inégales			-,250	36,469	,804	-,213	,852	-1,940	1,514
QDV GLOBALE T1	Hypothèse de variances égales	,151	,700	-,424	37	,674	-,332	,782	-1,917	1,253
	Hypothèse de variances inégales			-,425	36,844	,673	-,332	,780	-1,912	1,249
QDV GLOBALE T2	Hypothèse de variances égales	,517	,477	-,363	36	,719	-,322	,887	-2,121	1,477
	Hypothèse de variances inégales			-,359	32,943	,722	-,322	,897	-2,147	1,502
QDV GLOBALE T3	Hypothèse de variances égales	1,330	,256	-,914	37	,367	-,805	,881	-2,591	,980
	Hypothèse de variances inégales			-,908	34,386	,370	-,805	,886	-2,606	,996

Tableau 100 : Test de student pour la variance de a QDV entre les deux groupes.

3. Vérification de l'Hypothèse 2.

3.1. Vérification de l'hypothèse 2a

3.1.1. Analyse de médiation pour le groupe contrôle

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,888(a)	,789	,761	,56908308	,789	28,078	2	15	,000
2	,896(b)	,802	,760	,57019766	,013	,941	1	14	,348

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(anxiétéétatT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(anxiétéétatT1), anxiétéalexithymie

Tableau 101 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,489	,139		3,519	,003
	Zscore(anxiétéétatT1)	,643	,178	,595	3,608	,003
	Zscore(alexithymietrait)	,497	,224	,365	2,217	,042
2	(constante)	,585	,171		3,420	,004
	Zscore(anxiétéétatT1)	,715	,193	,662	3,697	,002
	Zscore(alexithymietrait)	,466	,227	,343	2,055	,059
	anxiétéalexithymie	-,130	,134	-,127	-,970	,348

a Variable dépendante : Zscore(anxiétéétatT3)

Tableau 102 : Coefficients (a).

Récapitulatif du modèle

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,857(a)	,734	,700	,65558584	,734	22,030	2	16	,000
2	,881(b)	,776	,732	,62044488	,043	2,864	1	15	,111

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait1), Zscore(dépressionetat1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait1), Zscore(dépressionetat1), dépressionalexithymie

Tableau 103 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,162	,151		1,072	,300
	Zscore(dépressionetat1)	,642	,206	,607	3,119	,007
	Zscore(alexithymietrait)	,407	,263	,302	1,550	,141
2	(constante)	,020	,166		,118	,908
	Zscore(dépressionetat1)	,433	,231	,410	1,880	,080
	Zscore(alexithymietrait)	,479	,252	,354	1,897	,077
	dépressionalexithymie	,220	,130	,262	1,692	,111

a Variable dépendante : Zscore(dépressionetat3)

Tableau 104 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,789(a)	,622	,575	,78069644	,622	13,155	2	16	,000
2	,819(b)	,671	,605	,75232210	,049	2,230	1	15	,156

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(imageducorpsT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(imageducorpsT1), imageducorpsalexithymie

Tableau 105 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,076	,181		-,421	,679
	Zscore(imageducorpsT1)	1,084	,336	,747	3,225	,005
	Zscore(alexithymietrait)	-,073	,313	-,054	-,234	,818
2	(constante)	,085	,205		,412	,686
	Zscore(imageducorpsT1)	1,035	,325	,714	3,182	,006
	Zscore(alexithymietrait)	,023	,308	,017	,075	,941
	imageducorpsalexithymie	,320	,214	,242	1,493	,156

a Variable dépendante : Zscore(imageducorpsétatT3)

Tableau 106 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,719(a)	,517	,456	,66899662	,517	8,554	2	16	,003
2	,719(b)	,518	,421	,69037060	,001	,025	1	15	,877

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvphysique)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvphysique), qdvphysiquealexithymie

Tableau 107 : Récapitulatif du modèle.

Coefficients(a)

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,066	,154		,426	,676
	Zscore(qdvphysiqueT1)	,455	,178	,470	2,551	,021
	Zscore(alexithymietrait)	,419	,189	,409	2,219	,041
2	(constante)	,058	,166		,350	,731
	Zscore(qdvphysiqueT1)	,450	,187	,465	2,411	,029
	Zscore(alexithymietrait)	,404	,215	,395	1,879	,080
	qdvphysiquealexithymie	,030	,193	,033	,157	,877

a Variable dépendante : Zscore(qdvphysiqueT3)

Tableau 108 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,449(a)	,201	,101	,68027198	,201	2,015	2	16	,166
2	,453(b)	,205	,046	,70088760	,004	,073	1	15	,791

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvcognitif)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvcognitif), qdvcognitifalexithymie

Tableau 109 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,094	,156		-,600	,557
	Zscore(qdvcognitifT1)	,227	,181	,319	1,259	,226
	Zscore(alexithymietrait)	,161	,205	,199	,784	,444
2	(constante)	-,076	,174		-,438	,668
	Zscore(qdvcognitifT1)	,238	,190	,334	1,251	,230
	Zscore(alexithymietrait)	,170	,214	,210	,793	,440
	qdvcognitifalexithymie	-,046	,171	-,066	-,269	,791

a Variable dépendante : Zscore(qdvcognitifT3)

Tableau 110 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,761(a)	,579	,526	,72108027	,579	10,991	2	16	,001
2	,762(b)	,581	,497	,74310987	,002	,065	1	15	,802

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvmotionnelleT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvmotionnelleT1), qdvmotionnellealexithymie

Tableau 111 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,050	,165		-,302	,766
	Zscore(qdvmotionnelleT1)	,388	,200	,379	1,939	,070
	Zscore(alexithymietrait)	,568	,231	,481	2,459	,026
2	(constante)	-,021	,205		-,101	,921
	Zscore(qdvmotionnelleT1)	,403	,215	,394	1,879	,080
	Zscore(alexithymietrait)	,574	,239	,486	2,400	,030
	qdvmotionnellealexithymie	-,061	,240	-,046	-,256	,802

a Variable dépendante : Zscore(qdvmotionnelleT3)

Tableau 112 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,302(a)	,091	-,022	1,12458555	,091	,804	2	16	,465
2	,330(b)	,109	-,069	1,15026106	,017	,294	1	15	,596

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvglobaleT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvglobaleT1), qdvglobalexithymie

Tableau 113 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,132	,259		-,512	,616
	Zscore(qdvglobaleT1)	,236	,288	,201	,820	,424
	Zscore(alexithymietrait)	-,230	,308	-,183	-,748	,466
2	(constante)	-,098	,272		-,359	,725
	Zscore(qdvglobaleT1)	,245	,295	,209	,832	,419
	Zscore(alexithymietrait)	-,170	,334	-,135	-,508	,619
	qdvglobalealexithymie	,183	,338	,140	,542	,596

a Variable dépendante : Zscore(qdvglobaleT3)

Tableau 114 : Coefficients (a).

3.1.2. Analyse de médiation pour le groupe expérimental

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,668(a)	,446	,381	,59765536	,446	6,842	2	17	,007
2	,685(b)	,469	,370	,60299931	,023	,700	1	16	,415

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(anxiétéétatT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(anxiétéétatT1), anxiétéalexithymie

Tableau 115 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,353	,137		-2,581	,019
	Zscore(anxiétéétatT1)	,467	,154	,562	3,032	,008
	Zscore(alexithymietrait)	,173	,126	,255	1,377	,186
2	(constante)	-,371	,140		-2,657	,017
	Zscore(anxiétéétatT1)	,400	,175	,481	2,285	,036
	Zscore(alexithymietrait)	,192	,129	,284	1,494	,155
	anxiétéalexithymie	,141	,168	,172	,837	,415

a Variable dépendante : Zscore(anxiétéétatT3)

Tableau 116 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,259(a)	,067	-,043	,76119183	,067	,610	2	17	,555
2	,540(b)	,291	,159	,68373396	,225	5,070	1	16	,039

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(dépressionétatT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(dépressionétatT1), dépressionalalexithymie

Tableau 117 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,189	,171		-1,109	,283
	Zscore(dépressionétatT1)	,138	,202	,163	,685	,503
	Zscore(alexithymietrait)	,115	,159	,173	,726	,477
2	(constante)	-,108	,158		-,687	,502
	Zscore(dépressionétatT1)	-,013	,193	-,015	-,067	,947
	Zscore(alexithymietrait)	-,063	,163	-,095	-,386	,704
	dépressionalexithymie	-,538	,239	-,588	-2,252	,039

a Variable dépendante : Zscore(dépressionétat3)

Tableau 118 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,523(a)	,273	,188	,68826927	,273	3,193	2	17	,066
2	,559(b)	,313	,184	,68988684	,040	,920	1	16	,352

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(imageducorpsT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(imageducorpsT1), imageducorpsalexithymie

Tableau 119 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,136	,154		,880	,391
	Zscore(imageducorpsT1)	,355	,148	,538	2,402	,028
	Zscore(alexithymietrait)	,031	,153	,045	,201	,843
2	(constante)	,062	,173		,358	,725
	Zscore(imageducorpsT1)	,363	,148	,550	2,443	,027
	Zscore(alexithymietrait)	,077	,161	,114	,482	,636
	imageducorpsalexithymie	-,155	,162	-,209	-,959	,352

a Variable dépendante : Zscore(imageducorpsétatT3)

Tableau 120 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,563(a)	,317	,237	,95739752	,317	3,946	2	17	,039
2	,610(b)	,373	,255	,94593115	,055	1,415	1	16	,252

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvphysiqueT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvphysiqueT1), qdvphysiquealexithymie

Tableau 121 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,057	,215		-,267	,793
	Zscore(qdvphysiqueT1)	,567	,213	,556	2,661	,016
	Zscore(alexithymietrait)	,022	,205	,022	,105	,917
2	(constante)	,066	,236		,282	,782
	Zscore(qdvphysiqueT1)	,708	,242	,695	2,930	,010
	Zscore(alexithymietrait)	-,127	,238	-,130	-,534	,601
	qdvphysiquealexithymie	-,353	,297	-,293	-1,189	,252

a Variable dépendante : Zscore(qdvphysiqueT3)

Tableau 122 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,607(a)	,368	,294	1,02933811	,368	4,951	2	17	,020
2	,772(b)	,595	,520	,84900257	,227	8,989	1	16	,009

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvcognitifT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvcognitifT1), qdvcognitifalexithymie

Tableau 123 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,118	,231		,513	,614
	Zscore(qdvcognitifT1)	,720	,233	,597	3,094	,007
	Zscore(alexithymietrait)	-,120	,211	-,110	-,571	,576
2	(constante)	,102	,190		,537	,598
	Zscore(qdvcognitifT1)	,469	,209	,389	2,242	,039
	Zscore(alexithymietrait)	-,203	,176	-,186	-1,153	,266
	qdvcognitifalexithymie	-,603	,201	-,526	-2,998	,009

a Variable dépendante : Zscore(qdvcognitifT3)

Tableau 124 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,567(a)	,322	,242	,85196498	,322	4,028	2	17	,037
2	,763(b)	,582	,503	,68954957	,260	9,951	1	16	,006

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait1), Zscore(qdvmotionnelleT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait1), Zscore(qdvmotionnelleT1), qdvmotionnellealexithymie

Tableau 125 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,046	,191		,240	,814
	Zscore(qdvmotionnelleT1)	,553	,196	,566	2,817	,012
	Zscore(alexithymietrait)	-,116	,176	-,133	-,660	,518
2	(constante)	,115	,156		,741	,469
	Zscore(qdvmotionnelleT1)	,758	,172	,777	4,418	,000
	Zscore(alexithymietrait)	-,208	,145	-,238	-1,433	,171
	Qdvmotionnellealexithymie	-,562	,178	-,557	-3,155	,006

a Variable dépendante : Zscore(qdvmotionnelleT3)

Tableau 126 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,636(a)	,405	,335	,72200178	,405	5,784	2	17	,012
2	,653(b)	,426	,318	,73098928	,021	,585	1	16	,456

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvglobaleT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(alexithymietrait), Zscore(qdvglobaleT1), qdvglobalexithymie

Tableau 127 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,112	,162		,693	,497
	Zscore(qdvglobaleT1)	,441	,157	,532	2,811	,012
	Zscore(alexithymietrait)	-,221	,149	-,280	-1,478	,158
2	(constante)	,091	,166		,550	,590
	Zscore(qdvglobaleT1)	,457	,160	,551	2,853	,012
	Zscore(alexithymietrait)	-,200	,154	-,254	-1,303	,211
	qdvglobalexithymie	-,118	,155	-,148	-,765	,456

a Variable dépendante : Zscore(qdvglobaleT3)

Tableau 128 : Coefficients (a).

3.2. Vérification de l'hypothèse 2b

3.2.1. Analyse de médiation pour le groupe contrôle

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,850(a)	,723	,686	,65274709	,723	19,542	2	15	,000
2	,854(b)	,729	,671	,66817660	,006	,315	1	14	,583

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(anxiétéétatT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(anxiétéétatT1), anxiétéoptimisme

Tableau 129 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,512	,162		3,161	,006
	Zscore(anxiétéétatT1)	,900	,154	,833	5,838	,000
	Zscore(optimismetrait)	-,062	,166	-,053	-,370	,716
2	(constante)	,555	,183		3,038	,009
	Zscore(anxiétéétatT1)	,953	,184	,882	5,180	,000
	Zscore(optimismetrait)	-,010	,193	-,009	-,054	,958
	anxiétéoptimisme	,083	,148	,096	,561	,583

a Variable dépendante : Zscore(anxiétéétatT3)

Tableau 130 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,834(a)	,695	,657	,70178526	,695	18,206	2	16	,000
2	,839(b)	,703	,644	,71442943	,009	,439	1	15	,518

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(déressionetatT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(déressionetatT1), dépressionoptimisme

Tableau 131 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,139	,165		,838	,414
	Zscore(déressionétatT1)	,854	,183	,808	4,664	,000
	Zscore(optimismetrait)	-,049	,202	-,042	-,241	,813
2	(constante)	,060	,206		,291	,775
	Zscore(déressionétatT1)	,746	,248	,705	3,007	,009
	Zscore(optimismetrait)	-,120	,232	-,103	-,518	,612
	depressionoptimisme	-,104	,157	-,124	-,662	,518

a Variable dépendante : Zscore(dépressionétatT3)

Tableau 132 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,815(a)	,664	,622	,73560652	,664	15,827	2	16	,000
2	,845(b)	,714	,657	,70113405	,050	2,612	1	15	,127

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(imageducorpsT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(imageducorpsT1), imageducorpsoptimisme

Tableau 133 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,026	,173		-,149	,883
	Zscore(imageducorpsT1)	,978	,239	,674	4,091	,001
	Zscore(optimismetrait)	,277	,192	,238	1,443	,168
2	(constante)	,106	,184		,578	,572
	Zscore(imageducorpsT1)	,853	,241	,588	3,542	,003
	Zscore(optimismetrait)	,361	,190	,310	1,899	,077
	imageducorpsoptimisme	-,310	,192	-,238	-1,616	,127

a Variable dépendante : Zscore(imageducorpsétatT3)

Tableau 134 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,664(a)	,442	,372	,71916521	,442	6,325	2	16	,009
2	,671(b)	,451	,341	,73659618	,009	,252	1	15	,623

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(qdvphysiqueT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(qdvphysiqueT1), qdvphysiqueoptimisme

Tableau 135 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,006	,169		,034	,973
	Zscore(qdvphysiqueT1)	,599	,181	,619	3,308	,004
	Zscore(optimismetrait)	-,239	,165	-,271	-1,451	,166
2	(constante)	-,008	,176		-,046	,964
	Zscore(qdvphysiqueT1)	,623	,192	,644	3,250	,005
	Zscore(optimismetrait)	-,286	,192	-,324	-1,484	,158
	qdvphysiqueoptimisme	,083	,166	,112	,502	,623

a Variable dépendante : Zscore(qdvphysiqueT3)

Tableau 136 : Coefficients (a)

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,432(a)	,187	,085	,68632652	,187	1,840	2	16	,191
2	,446(b)	,199	,039	,70362424	,012	,223	1	15	,644

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(qdvcognitiveT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(qdvcognitiveT1), qdvcognitiveoptimisme

Tableau 137 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,116	,161		-,720	,482
	Zscore(qdvcognitive)	,264	,169	,371	1,566	,137
	Zscore(optimismetrait)	-,094	,165	-,135	-,568	,578
2	(constante)	-,145	,177		-,824	,423
	Zscore(qdvcognitive)	,235	,184	,330	1,275	,222
	Zscore(optimismetrait)	-,117	,176	-,168	-,663	,517
	qdvcognitiveoptimisme	-,083	,176	-,118	-,472	,644

a Variable dépendante : Zscore(qdvcognitiveT3)

Tableau 138 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,654(a)	,427	,356	,84087930	,427	5,965	2	16	,012
2	,686(b)	,471	,365	,83494394	,043	1,228	1	15	,285

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(qdvmotionnelleT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(qdvmotionnelleT1), qdvmotionnelleoptimisme

Tableau 139 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,070	,198		-,353	,729
	Zscore(qdvmotionnelleT1)	,645	,197	,631	3,270	,005
	Zscore(optimismetrait)	-,091	,196	-,089	-,462	,650
2	(constante)	-,117	,201		-,584	,568
	Zscore(qdvmotionnelleT1)	,630	,196	,616	3,212	,006
	Zscore(optimismetrait)	-,132	,199	-,130	-,666	,516
	qdvmotionnelleoptimisme	-,198	,179	-,212	-1,108	,285

a Variable dépendante : Zscore(qdvmotionnelleT3)

Tableau 140 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,463(a)	,214	,116	1,04580404	,214	2,181	2	16	,145
2	,463(b)	,214	,057	1,08003961	,000	,002	1	15	,967

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(qdvglobaleT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(qdvglobaleT1), qdvglobaleoptimisme

Tableau 141 : Récapitulatif du modèle.

Coefficients(a)

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,030	,247		-,123	,904
	Zscore(qdvglobaleT1)	,364	,264	,311	1,382	,186
	Zscore(optimismetrait)	,431	,243	,399	1,774	,095
2	(constante)	-,027	,266		-,102	,920
	Zscore(qdvglobaleT1)	,366	,276	,312	1,327	,204
	Zscore(optimismetrait)	,439	,310	,406	1,418	,177
	qdvglobaleoptimisme	,010	,237	,012	,042	,967

a Variable dépendante : Zscore(qdvglobaleT3)

Tableau 142 : Coefficients (a).

3.2.2. Analyse de médiation pour le groupe expérimental.

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,620(a)	,385	,313	,62970773	,385	5,320	2	17	,016
2	,716(b)	,512	,421	,57790765	,127	4,184	1	16	,058

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(anxiétéétatT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(anxiétéétatT1), anxiétéoptimisme

Tableau 143 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,357	,149		-2,400	,028
	Zscore(anxiétéétatT1)	,510	,161	,614	3,166	,006
	Zscore(optimismetrait)	-,023	,155	-,029	-,149	,883
2	(constante)	-,344	,137		-2,516	,023
	Zscore(anxiétéétatT1)	,785	,200	,945	3,929	,001
	Zscore(optimismetrait)	-,103	,147	-,130	-,701	,493
	anxiétéétatoptimisme	,389	,190	,510	2,046	,058

a Variable dépendante : Zscore(anxiétéétatT3)

Tableau 144 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,279(a)	,078	-,031	,75671511	,078	,718	2	17	,502
2	,285(b)	,081	-,091	,77861919	,003	,057	1	16	,814

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait1), Zscore(dépressionétatT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait1), Zscore(dépressionétatT1),
dépressionoptimisme

Tableau 145 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,157	,173		-,907	,377
	Zscore(dépressionétatT1)	,078	,222	,092	,350	,731
	Zscore(optimismetrait)	-,176	,205	-,225	-,858	,403
2	(constante)	-,176	,195		-,903	,380
	Zscore(dépressionétatT1)	,080	,228	,095	,351	,730
	Zscore(optimismetrait)	-,161	,221	-,206	-,730	,476
	dépressionoptimisme	-,042	,176	-,060	-,239	,814

a Variable dépendante : Zscore(dépressionétatT3)

Tableau 146 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,609(a)	,371	,297	,64045395	,371	5,004	2	17	,020
2	,665(b)	,443	,338	,62126769	,072	2,066	1	16	,170

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(imageducorpsT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(imageducorpsT1), imageducorpsoptimisme

Tableau 147 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,186	,147		1,269	,222
	Zscore(imageducorpsT1)	,433	,138	,657	3,134	,006
	Zscore(optimismetrait)	-,275	,168	-,343	-1,637	,120
2	(constante)	,089	,158		,564	,581
	Zscore(imageducorpsT1)	,404	,136	,613	2,981	,009
	Zscore(optimismetrait)	-,235	,166	-,292	-1,416	,176
	imageducorpsoptimisme	,211	,147	,273	1,437	,170

a Variable dépendante : Zscore(imageducorpsetatT3)

Tableau 148 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,570(a)	,325	,245	,95190641	,325	4,090	2	17	,035
2	,712(b)	,507	,415	,83816427	,182	5,927	1	16	,027

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(qdvphysiqueT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait), Zscore(qdvphysiqueT1), qdvphysiqueoptimisme

Tableau 149 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	-,036	,218		-,164	,871
	Zscore(qdvphysiqueT1)	,560	,205	,550	2,737	,014
	Zscore(optimismetrait)	-,106	,232	-,092	-,456	,654
2	(constante)	-,126	,196		-,644	,529
	Zscore(qdvphysiqueT1)	,756	,197	,743	3,830	,001
	Zscore(optimismetrait)	,149	,229	,129	,649	,526
	qdvphysiqueoptimisme	-,347	,143	-,507	-2,435	,027

a Variable dépendante : Zscore(qdvphysiqueT3)

Tableau 150 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,628(a)	,394	,323	1,00800164	,394	5,527	2	17	,014
2	,674(b)	,455	,352	,98569608	,061	1,778	1	16	,201

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait1), Zscore(qdvcognitiveT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait1), Zscore(qdvcognitiveT1), qdvcognitiveoptimisme

Tableau 151 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,172	,232		,742	,468
	Zscore(qdvcognitiveT1)	,727	,228	,602	3,189	,005
	Zscore(optimismetrait)	-,251	,243	-,195	-1,033	,316
2	(constante)	,135	,228		,590	,564
	Zscore(qdvcognitiveT1)	,640	,232	,531	2,759	,014
	Zscore(optimismetrait)	-,080	,270	-,062	-,294	,772
	qdvcognitiveoptimisme	-,277	,208	-,288	-1,333	,201

a Variable dépendante : Zscore(qdvcognitiveT3)

Tableau 152 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,576(a)	,331	,253	,84580015	,331	4,211	2	17	,033
2	,697(b)	,486	,390	,76407064	,155	4,831	1	16	,043

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait1), Zscore(qdvemotionnelleT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait1), Zscore(qdvemotionnelleT1), qdvemotionnelleoptimisme

Tableau 153 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,083	,194		,426	,675
	Zscore(qdvemotionnelleT1)	,482	,205	,494	2,356	,031
	Zscore(optimismetrait)	-,179	,216	-,174	-,831	,417
2	(constante)	-,145	,204		-,711	,488
	Zscore(qdvemotionnelleT1t)	,211	,222	,217	,951	,356
	Zscore(optimismetrait)	,100	,233	,097	,430	,673
	qdvemotionnelleoptimisme	-,556	,253	-,596	-2,198	,043

a Variable dépendante : Zscore(qdvemotionnelleT3)

Tableau 154 : Coefficients (a).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,665(a)	,442	,376	,69909403	,442	6,735	2	17	,007
2	,681(b)	,464	,364	,70606333	,022	,666	1	16	,426

a Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait1), Zscore(qdvglobaleT1)

b Valeurs prédites : (constantes), Zscore(optimismetrait1), Zscore(qdvglobaleT1), qdvglobaleoptimisme

Tableau 155 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	,175	,160		1,091	,291
	Zscore(qdvglobaleT1)	,503	,151	,606	3,328	,004
	Zscore(optimismetrait)	-,315	,169	-,339	-1,860	,080
2	(constante)	,150	,165		,907	,378
	Zscore(qdvglobaleT1)	,463	,160	,558	2,895	,011
	Zscore(optimismetrait)	-,252	,188	-,271	-1,341	,199
	qdvgllooptim	,139	,170	,169	,816	,426

a Variable dépendante : Zscore(qdvglobaleT3)

Tableau 156 : Coefficients (a).

4. Vérification Hypothèse 3

4.1. Analyse de médiation, première étape : Régression

Variable dépendante : Anxiété état à T3

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,285(a)	,081	,055	3,255

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : anxiété état T3

Tableau 157 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	33,603	1	33,603	3,171	,083(a)
	Résidu	381,450	36	10,596		
	Total	415,053	37			

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : anxiété état T3

Tableau 158 : Analyse de variance (ANOVA).

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	8,717	1,698		5,132	,000
	groupe	-1,883	1,058	-,285	-1,781	,083

a Variable dépendante : anxiété état T3

Tableau 159 : Coefficients (a).

Variable dépendante : Dépression état à T3

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,207(a)	,043	,017	3,438	,043	1,658	1	37	,206

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : dépression état T3

Tableau 160 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	19,603	1	19,603	1,658	,206(a)
	Résidu	437,371	37	11,821		
	Total	456,974	38			

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : dépression état T3

Tableau 161 : Analyse de variance (ANOVA).

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	6,787	1,755		3,867	,000
	groupe	-1,418	1,101	-,207	-1,288	,206

a Variable dépendante : dépression état T3

Tableau 162 : Coefficients (a).

Variable dépendante : Image du corps à T3

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,173(a)	,030	,004	13,531	,030	1,139	1	37	,293

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : image du corps état T3

Tableau 163 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	208,540	1	208,540	1,139	,293(a)
	Résidu	6774,537	37	183,096		
	Total	6983,077	38			

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : image du corps état T3

Tableau 164 : Analyse de variance (ANOVA).

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	58,847	6,907		8,520	,000
	groupe	4,626	4,335	,173	1,067	,293

a Variable dépendante : image du corps état T3

Tableau 165 : Coefficients (a).

Variable dépendante : QDV physique à T3.

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,098(a)	,010	-,017	1,972	,010	,360	1	37	,552

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : qdv physique T3

Tableau 166 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	1,399	1	1,399	,360	,552(a)
	Résidu	143,832	37	3,887		
	Total	145,231	38			

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : qdv physique T3

Tableau 167 : Analyse de variance (ANOVA).

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	7,958	1,006		7,908	,000
	groupe	-,379	,632	-,098	-,600	,552

a Variable dépendante : qdv physique T3

Tableau 168 : Coefficients (a).

Variable dépendante : QDV cognitive à T3

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,077(a)	,006	-,021	1,327	,006	,221	1	37	,641

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : qdv cognitif T3

Tableau 169 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	,390	1	,390	,221	,641(a)
	Résidu	65,200	37	1,762		
	Total	65,590	38			

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : qdv cognitif T3

Tableau 170 : Analyse de variance (ANOVA).

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	2,800	,678		4,132	,000
	groupe	,200	,425	,077	,470	,641

a Variable dépendante : qdv cognitif T3

Tableau 171 : Coefficients (a).

Variable dépendante : QDV émotionnelle à T3

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,041(a)	,002	-,025	2,654	,002	,063	1	37	,803

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : qdv émotionnelle à T3

Tableau 172 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	,443	1	,443	,063	,803(a)
	Résidu	260,634	37	7,044		
	Total	261,077	38			

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : qdv émotionnelle à T3

Tableau 173 : Analyse de variance (ANOVA).

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	6,524	1,355		4,816	,000
	groupe	,213	,850	,041	,251	,803

a Variable dépendante : qdvemot33

Tableau 174 : Coefficients (a).

Variable dépendante : QDV globale à T3

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl 1	ddl 2	Modification de F signification
1	,149(a)	,022	-,004	2,751	,022	,835	1	37	,367

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : qdv globale à T3

Tableau 175 : Récapitulatif du modèle.

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	6,318	1	6,318	,835	,367(a)
	Résidu	279,989	37	7,567		
	Total	286,308	38			

a Valeurs prédites : (constantes), groupe

b Variable dépendante : qdv globale à T3

Tableau 176 : Analyse de variance (ANOVA).

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	8,089	1,404		5,761	,000
	groupe	,805	,881	,149	,914	,367

a Variable dépendante : qdv globale à T3

Tableau 177 : Coefficients (a).

C.3. CORRELATIONS ENTRE LES VARIABLES ETUDIEES

VARIABLES	Alexithymie	Optimisme	Esprit combatif T1	Esprit combatif T2	Esprit combatif T3	Impuissance Désespoir T1	Impuissance Désespoir T2	Impuissance Désespoir T3	Préoccupations Anxieuses T1
Alexithymie	-	-0,247							
Optimisme	-0,247	-							
Coping									
Esprit combatif T1	-0,138	0,243	-						
Esprit combatif T2	-0,214	0,371*	0,529**	-					
Esprit combatif T3	-0,213	0,358*	0,657**	0,861**	-				
Impuissance Désespoir T1	0,371*	-0,425**	-	-0,315	-	-			
Impuissance Désespoir T2	0,452**	-0,411**	-	-0,331*	-	0,916**	-		
Impuissance Désespoir T3	0,453**	-0,309	-	-0,571	-	0,754**	0,744**	-	
Préoccupations Anxieuses T1	0,492**	-0,153	-0,394*	-0,210	-0,353*	0,666**	0,678**	0,546**	-
Préoccupations Anxieuses T2	0,603**	-0,283	-	0,353*	-	0,678**	0,767**	0,588**	0,836**
Préoccupations Anxieuses T3	0,558**	-0,196	-0,295	-0,384*	-	0,508**	0,665**	0,693**	0,726**
Evitement Cognitif T1	0,119	0,082	0,041	0,033	-0,067	0,075	0,081	0,169	0,264
Evitement Cognitif T2	0,317*	-0,221	-0,035	0,185	0,005	0,225	0,274	0,207	0,232
Evitement Cognitif T3	0,177	-0,119	0,143	-0,014	-0,105	0,074	0,120	0,133	0,184
Dénégation T1	0,087	0,120	-0,023	0,195	0,067	0,027	0,051	-0,102	0,199
Dénégation T2	0,160	0,131	0,148	0,321*	0,281	0,007	0,045	-0,258	0,006
Dénégation T3	0,169	0,253	0,253	0,196	0,164	-0,310	-0,251	-0,181	-0,091
Satisfaction SS T1	0,156	0,119	0,193	0,171	0,290	-0,109	-0,077	-0,196	0,237
Satisfaction SS T2	0,018	0,041	0,165	0,166	0,251	-0,164	-0,200	-0,279	0,171
Satisfaction SS T3	-0,181	0,181	0,208	0,184	0,321*	-0,137	-0,170	-0,350*	0,071
Anxiété état T1	0,435**	-0,225	-0,195	-0,165	-0,214	0,468**	0,534**	0,364*	0,742**
Anxiété état T2	0,550**	-0,246	-0,181	-0,277	-0,327*	0,472**	0,583**	0,465**	0,726**
Anxiété état T3	0,520**	-0,274	-0,082	-0,259	-0,304	0,445**	0,590**	0,503**	0,592**
Dépression état T1	0,446**	-0,540**	-	-	-	0,777**	0,745**	0,578**	0,665**
Dépression état T2	0,400*	-0,379*	-	-	-	0,663**	0,707**	0,508**	0,532**
Dépression état T3	0,466**	-0,448**	-	-	-	0,610**	0,723**	0,704**	0,458**
Image du corps T1	-0,509**	0,429**	0,315	0,345*	0,375*	-0,503**	-0,466**	-0,454**	-0,564**
Image du corps T2	-0,403*	0,311	0,189	0,305	0,326*	-0,381*	-0,345*	-0,351*	-0,371*
Image du corps T3	-0,379*	0,333*	0,279	0,348*	0,478**	-0,408**	-0,473**	-0,537**	-0,421**
QDV physique T1	0,304	-0,063	-0,373*	-0,192	-0,307	0,310	0,294	0,381*	0,316
QDV physique T2	0,321*	-0,018	-0,312	-0,278	-0,286	0,146	0,168	0,316	0,394*
QDV physique T3	0,327*	-0,215	-0,211	-0,211	-0,259	0,107	0,188	0,402*	0,186
QDV cognitive T1	0,200	-0,152	-0,203	-0,252	-0,237	0,534**	0,415**	0,458**	0,348*
QDV cognitive T2	0,064	-0,278	-0,081	-0,180	-0,156	0,249	0,193	0,292	0,022

QDV cognitive T3	0,029	-0,174	-0,265	-0,247	-0,225	0,257	0,217	0,451**	0,116
QDV émotionnelle T1	0,304	-0,255	-0,339*	-0,311	-0,267	0,551**	0,511**	0,397*	0,596**
QDV émotionnelle T2	0,424**	-0,239	-0,339*	-0,394*	-0,396*	0,442**	0,492**	0,572**	0,634**
QDV émotionnelle T3	0,267	-0,255	-0,357*	-0,379*	-0,412*	0,493**	0,522**	0,554**	0,428**
QDV globale T1	-0,183	-0,013	0,392*	0,081	0,167	-0,382*	-0,299	-0,231	-0,176
QDV globale T2	-0,129	-0,030	0,017	0,101	0,181	-0,064	-0,241	-0,176	-0,125
QDV globale T3	-0,286	-0,102	0,162	0,253	0,296	-0,354*	-0,389*	-0,267	-0,278

Tableau 178 : Corrélations (pearson r) entre les variables.

VARIABLES	Préoccupation s Anxieuses T2	Préoccupation s Anxieuses T3	Evitemen t Cognitif T1	Evitemen t Cognitif T2	Evitemen t Cognitif T3.	Dénégatio n T1	Dénégatio n T2	Dénégatio n T3
Préoccupation s Anxieuses T2	-							
Préoccupation s Anxieuses T3	0,803**	-						
Evitement Cognitif T1	0,186	0,319	-					
Evitement Cognitif T2	0,322*	0,455**	0,481**	-				
Evitement Cognitif T3	0,224	0,320*	0,573**	0,743**	-			
Dénégation T1	0,150	0,084	0,266	0,205	0,082	-		
Dénégation T2	0,047	-0,011	0,132	0,310	0,227	0,674**	-	
Dénégation T3	-0,065	0,027	0,394*	0,336*	0,273	0,729**	0,759**	-
Satisfaction SS T1	0,067	0,156	0,068	0,055	0,105	0,274	0,370*	0,290
Satisfaction SS T2	-0,041	0,048	-0,039	0,068	0,097	0,106	0,137	0,080
Satisfaction SS T3	-0,098	-0,070	0,021	-0,039	-0,003	0,118	0,255	0,092
Anxiété état T1	0,656**	0,530**	0,004	0,152	0,208	0,221	0,053	-0,150
Anxiété état T2	0,827**	0,616**	0,195	0,202	0,247	0,095	0,022	-0,114
Anxiété état T3	0,639**	0,627**	0,093	0,179	0,218	-0,087	-0,067	-0,247
Dépression état T1	0,666**	0,442**	0,039	0,231	0,206	-0,031	-0,064	-0,304
Dépression état T2	0,645**	0,415**	0,086	0,081	0,153	0,087	-0,028	-0,167
Dépression état T3	0,604**	0,621**	0,081	0,228	0,109	0,094	0,029	-0,077
Image du corps T1	-0,623**	-0,485**	0,021	-0,083	0,005	0,272	0,249	0,400*
Image du corps T2	-0,476**	-0,317	0,213	0,029	0,056	0,296	0,318*	0,435**
Image du corps T3	-0,465**	-0,591**	-0,046	-0,125	-0,043	0,241	0,225	0,333*
QDV physique T1	0,424**	0,398*	-0,103	0,236	0,038	0,128	-0,100	-0,009
QDV physique T2	0,400*	0,360*	-0,001	0,094	0,162	0,072	-0,155	0,018
QDV physique T3	0,277	0,360*	-0,258	0,137	0,033	-0,109	-0,297	-0,201
QDV cognitive T1	0,282	0,65	0,059	0,143	0,087	-0,125	-0,007	-0,157
QDV cognitive T2	0,057	-0,006	0,020	0,000	-0,083	-0,128	-0,204	-0,209
QDV cognitive T3	0,166	0,222	0,127	0,157	0,069	-0,025	-0,063	-0,030
QDV émotionnelle	0,592**	0,401*	-0,053	0,087	0,159	-0,033	-0,041	-0,353*

T1								
QDV émotionnelle T2	0,773**	0,643**	0,163	0,218	0,249	-0,010	-0,160	-0,262
QDV émotionnelle T3	0,596**	0,524**	-0,011	0,172	0,079	0,051	-0,017	-0,184
QDV globale T1	-0,286	-0,095	0,102	-0,280	-0,028	0,149	0,007	0,075
QDV globale T2	0,231	-0,319	0,102	-0,066	0,076	-0,105	0,006	0,015
QDV globale T3	-0,395*	-0,320	-0,025	-0,079	-0,108	0,287	0,115	0,215

Tableau 178 : Corrélations (pearson r) entre les variables (suite).

VARIABLE S	Satisfaction Soutien social T1	Satisfaction Soutien social T2	Satisfaction Soutien social T3	Anxiété état T1	Anxiété état T2	Anxiété état T3	Dépression état T1	Dépression état T2	Dépression état T3
Satisfaction Soutien social T1	-								
Satisfaction Soutien social T2	0,671**	-							
Satisfaction Soutien social T2	0,769**	0,791**	-						
Satisfaction Soutien social T2	0,260	0,081	0,044	-					
Satisfaction Soutien social T2	-0,095	-0,063	-0,135	0,711**	-				
Satisfaction Soutien social T2	-0,034	-0,109	-0,224	0,643**	0,737**	-			
Dépression état T1	0,038	-0,021	-0,042	0,562**	0,548**	0,432**	-		
Dépression état T2	0,083	-0,151	-0,131	0,538**	0,469**	0,444**	0,737**	-	
Dépression état T3	-0,042	-0,300	-0,325*	0,398*	0,437**	0,636**	0,613**	0,713**	-
Image du corps T1	0,086	0,084	0,235	-0,401*	- 0,583**	- 0,439**	-0,663**	-0,477**	-0,384*
Image du corps T2	0,139	0,233	0,363*	-0,315	-0,397*	-0,382*	-0,519**	-0,455**	-0,390*
Image du corps T3	0,255	0,305	0,465**	-0,249	- 0,422**	- 0,610**	-0,463**	-0,399*	-0,682**
QDV physique T1	0,020	0,005	-0,133	0,180	0,100	0,098	0,336*	0,346*	0,335*
QDV physique T2	0,120	0,050	-0,066	0,258	0,218	0,082	0,425**	0,457**	0,287
QDV physique T3	-0,098	-0,083	-0,348*	0,195	0,124	0,372*	0,208	0,250	0,510**
QDV cognitive T1	-0,038	-0,051	-0,012	0,310	0,297	0,333*	0,495**	0,351*	0,307
QDV cognitive T2	-0,169	-0,219	-0,160	-0,071	0,144	0,116	0,391*	0,267	0,289
QDV cognitive T3	-0,164	-0,127	-0,206	-0,099	0,125	0,180	0,299	0,205	0,395*
QDV émotionnelle T1	-0,034	-0,019	0,018	0,698**	0,654**	0,501**	0,675**	0,514**	0,326*
QDV émotionnelle T2	-0,078	-0,183	-0,172	0,572**	0,737**	0,623**	0,634**	0,558**	0,522**
QDV émotionnelle T3	-0,203	-0,234	-0,257	0,441**	0,551**	0,572**	0,537**	0,522**	0,605**
QDV globale T1	0,107	0,189	0,177	0,044	-0,055	0,030	-0,300	-0,226	-0,133
QDV globale T2	0,047	0,175	0,247	-0,200	-0,134	-0,298	-0,051	-0,170	-0,381*
QDV globale T3	0,048	0,134	0,192	-0,122	-0,254	-0,224	-0,363*	-0,328*	-0,270

Tableau 178 : Correlations (pearson r) entre les variables (suite).

VARIABLES	Image du corps T1	Image du corps T2	Image du corps T3	QDV physique T1	QDV physique T2	QDV physique T3	QDV cognitive T1	QDV cognitive T2	QDV cognitive T3
Image du corps T1	-								
Image du corps T2	0,788**	-							
Image du corps T2	0,614**	0,671**	-						
Image du corps T2	-0,307	-0,219	-0,151	-					
Image du corps T2	-0,346*	-0,382*	-0,287	0,671**	-				
Image du corps T2	-0,200	-0,343*	-0,41399	0,583**	0,554**	-			
QDV cognitive T1	-0,375*	-0,215	-0,213	0,206	0,089	-0,039	-		
QDV cognitive T2	-0,312	-0,337*	-0,323*	-0,064	0,088	0,050	-0,349*	-	
QDV cognitive T3	-0,193	-0,201	-0,274	0,153	0,101	0,261	0,507**	0,691**	-
QDV émotionnelle T1	-0,586**	-0,415**	-0,261	0,209	0,283	0,128	0,550**	0,083	0,091
QDV émotionnelle T2	-0,619**	-0,534**	-0,467**	0,327*	0,433**	0,343*	0,308	0,281	0,313
QDV émotionnelle T3	-0,469**	-0,423**	-0,444**	0,230	0,147	0,330*	0,426**	0,405*	-0,547**
QDV globale T1	-0,394*	0,288	0,084	-0,544**	-0,275	-0,240	-0,85**	-0,138	-0,358*
QDV globale T2	0,113	0,110	0,317	-0,271	-0,088	-0,231	-0,210	-0,043	-0,164
QDV globale T3	0,559**	0,486**	0,447**	-0,272	-0,288	-0,042	0,452**	-0,264	-0,279

Tableau 178 : Correlations (pearson r) entre les variables (suite).

VARIABLES	QDV émotionnelle T1	QDV émotionnelle T2	QDV émotionnelle T3	QDV globale T1	QDV globale T2	QDV globale T3
QDV émotionnelle T1	-					
QDV émotionnelle T2	0,739**	-				
QDV émotionnelle T3	0,599**	0,768**	-			
QDV globale T1	-0,264	-0,235	-0,269	-		
QDV globale T2	-0,088	-0,247	-0,426**	0,087		
QDV globale T3	-0,273	-0,347*	-0,279	0,403*	0,548*	-

Tableau 178 : Correlations (pearson r) entre les variables (suite).

AJUSTEMENT EMOTIONNELLE Symptomatologie anxio-dépressive	Anxiété état T1		Dépression état T1	
	Fréquence (N)	Pourcentage (%)	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
absence de symptomatologie	19	48,7	33	84,6
Symptomatologie modérée	13	33,3	3	7,7
Symptomatologie sévère	7	17,9	3	7,7
Total	39	100,0	39	100,0

Tableau 179 : Fréquence de la symptomatologie anxio-dépressive selon les seuils de Lépine et al. (1985).

ANNEXE D : TEMOIGNAGE

D.1. : TEMOIGNAGE 1

Septembre 2012, on me décèle une leucémie aigüe myéloblastique.

*"La chimio d'induction m'offre la rémission mais les médecins sont formels, il faut une greffe de moelle ! Je viens de passer 5 semaines et demies en chambre stérile, la perspective de devoir aller en chambre protégée au G6 me terrifie, je ne sais pas comment je vais pouvoir supporter une deuxième session, j'ai peur, je ne sens rien de bon à cette greffe, pourtant on me trouve en novembre une personne 100% compatible, le top du top. La grande machine est lancée malgré moi, **je fais mon bilan pré greffe : et là le ciel me tombe sur la tête, j'ai quitté la maison ce matin là, hyper optimiste, avec la lettre dans les mains et certaine que j'étais sauvée !!***

***Euh NON pas vraiment ! En fait, là nous allons découvrir dans les premières heures d'un vendredi 14 décembre 2012 pluvieux, gris, noir effroyable, qu'en fait la greffe peut être MORTELLE !!** Ou très risquée. J'ai laissé mon fils, ma famille avec seulement de l'optimisme, de la joie et l'espoir. Mon mari et ma sœur sont là, ils le prennent eux-aussi en pleine face. Les examens physiques OK, douloureux certains, mais vu mon état de nerfs ... pas étonnant que ça me fasse mal.*

Puis aussi cette foutue partie technique sur les risques d'attaques du greffon contre l'hôte, alors ça mince, alors ça très dur, trop dur, je ne m'y attendais pas du tout. Et la chambre, vue sous la grisaille de l'hiver, un bocal étrié me terrifie. Comment vais-je pouvoir vivre avec si peu de lumière, pourquoi du bleu partout ?? Tout est un obstacle, tout est NON en fait dans ma tête, OK mais et ma vie ? Quant au donneur, il fait dans son pays son bilan pré don. Pour l'anecdote pas sympa : je suis attendue au G6 le 31 décembre !!!! Et les dates ne sont évidemment pas changeables. Pour moi, ça c'est encore une Dure épreuve malgré tout !

22 décembre mon téléphone sonne, Le Docteur m'appelle, il m'indique que lors du bilan pré don, on a trouvé un problème cardiaque suffisamment grave au donneur pour que le

don soit impossible. OUF ! Je ne ressens que du soulagement et une, petite, toute petite, pointe d'angoisse, mais je suis solidement accrochée à la rémission.

Et puis je ne voulais pas changer de groupe sanguin. !!!

En avril 2015, rechute mais dans la colonne vertébrale, méningite, ponctions, chimios et re-question de la greffe, évidemment cette fois la donne est différente, MA VIE en dépend à 100 %, les médecins me prédisent 100% de rechute si pas de greffe. En presque 3 ans, mon esprit a changé, c'est sûr et JE VEUX VIVRE, coup de chance, on me trouve un donneur allemand qui match à 90%, ça doit le faire, j'ai toujours aussi peur, mais JE VEUX VIVRE.

Du coup, à nouveau bilan pré greffe, mais cette fois- ci, j'ai mes exigences : je ne veux pas et je ne peux pas encombrer mon cerveau avec les possibilités mortelles, risquées, etc. Je fais les examens physiques et le rendez-vous avec le médecin greffeur. Le docteur me donne bon espoir, me calme, me tempère et m'apaise, je lui fais confiance.

Les choses vont aller très vite et tant mieux pour moi, le donneur est ok pour un don le 15 juillet 2015, ce qui veut dire que je passerai une partie de l'été au G6, mais pour la rentrée scolaire je devrais être sur pieds et chez moi, ça c'est primordial pour moi.

En 3 ans, j'ai progressé, la chambre stérile me fait moins peur, bon faut dire que ça fait pas non plus un coup sur coup et surtout c'est l'été qui pour l'instant est très ensoleillé donc ça c'est un super bon point pour mon cerveau. Du coup cette chambre, je tente de la voir comme un cocon, une chrysalide. Je vais changer de groupe sanguin, mais cette fois-ci je suis + ok car : je suis A+ et lui AB+, là ça crée selon moi notre belle union.

Voilà je suis « prête à y aller » mais encore une fois la date d'entrée n'est pas insignifiante, puisque le 8 juillet 2015 c'est mon anniversaire et j'ai 45 ans tout rond !! J'aurai droit à une entrée différée l'après-midi pour faire le repas du midi en famille, le plateau repas dans 8 m2 me déprimait trop.

Je découvre la chambre, accueillie par un infirmier extrêmement dynamique et sympathique, j'ai presque une sensation de « club Med » les chambres sont décorées ça fait

du bien, ça fait moins hôpital et puis la valse du personnel commence et dès demain on attaque les chimios !!!! On saute dans le bain, on arrête de réfléchir, on essaie de lâcher prise et se laisser guider.

Je me sens résignée, bien sûr, mais aussi déterminée. Je n'ai pas le choix, c'est comme si je m'inscrivais à un "Marathon" (avec l'enfermement en +) avec des risques vitaux difficilement occultables, mais les médecins m'ont mieux briefée cette fois à mon goût, je sens que s'il y a risque, complication ou autre il peut y avoir des réponses médicales tout de suite.

Petite précision, s'il en est une de taille, quand même : La greffe a eu lieu le 16 juillet. Les jours qui ont précédé, j'ai bien espéré que mon donneur allait être sérieux, car pendant ce temps ma vie était totalement suspendue à la sienne et à son don !!

*Au final ça n'a pas été un long voyage ni un fleuve tranquille mais ce qui est sympa, c'est que dans ma tête je m'étais fixée, tout à fait au feeling, une sortie le 9 août, bon c'était un dimanche donc non, mais figurez-vous que je suis sortie le vendredi 7 juin 2015, encore + magnifique (surtout s'il l'on sait que ce jour-là c'est l'anniversaire de ma belle-mère).
Finalement, tout mon « périple » aura été attaché à des dates familiales importantes."*

S., née 1970, Greffée en juillet 2015

D.2. : TEMOIGNAGE 2

"En effet, on m'a annoncé que j'avais 25% de risque de décédé pendant le processus, que j'allais perdre mes cheveux, que j'allais avoir une très forte chimiothérapie, que j'allais peut être devenir stérile, que j'allais devoir mettre entre parenthèse ma vie sociale et professionnelle pendant plusieurs mois...

Je suis sortie de ce rendez-vous presque en pleurs et très stressée.

...

On voit une chambre « aquarium », des dames en masques, blouses bleues, des plateaux repas sous vides, des salles de bain sans douche...

...

A mon arrivée, j'ai été priée de prendre un bain à la bétadine. On m'a demandé de prendre tout mon temps et de bien profiter car, c'était le dernier bain avant longtemps. J'avoue que je n'ai pas été très détendue. J'ai plutôt pleuré pendant ce temps de « repos » seule.

...

Direction la chambre stérile pour se connecter à toutes les machines qui allaient, pendant 1mois, me nourrir, m'envoyer dans mon corps des antibiotiques, des produits de chimiothérapie.

...

Pour moi, ne pas refléter ma maladie à travers mon apparence vestimentaire fut vital tout au long de l'hospitalisation.

...

J'ai été greffée le 10 avril 2015. La greffe n'a duré que 30min alors que mon petit frère est resté 3 heures sur la table d'opération pour le prélèvement de cellules souches. Mon père m'a dit « Tu nais une deuxième fois ma Marine!, c'est la dernière je l'espère! »"...

M, née en 1987, greffée en avril 2015

