

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

INTERVENTION AUPRÈS DES JEUNES ADULTES EN PROCESSUS DE RETOUR AU  
TRAVAIL/ÉTUDES APRÈS LE CANCER

ESSAI DOCTORAL  
PRÉSENTÉ(E)  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
VÉRONIQUE MÉNARD

SEPTEMBRE 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Merci maman. Merci pour le caractère de chien, sans lequel j'aurais probablement croulé sous la pression, tant dans ce processus-ci que dans le reste des épreuves de la vie. Merci pour cet amour inconditionnel, il grandit à travers moi et me permet d'être la psychologue aimante que je suis devenue. Mais surtout, doublement merci, car cet amour m'a donné la *drive* qu'il faut pour avoir envie de changer le monde, de le rendre meilleur. Merci pour ta vivacité d'esprit et ta débrouillardise incommensurable, elles m'auront enseigné qu'il me faut VIVRE, croquer dans la vie, pousser, *rusher*, aimer, avoir mal et survivre, me relever et foncer encore plus fort. Merci, maman, je te dois tout, je t'aime.

Merci papa, pour tout ce que tu m'as appris, merci pour le feu qui était en toi, qui se propage et survit aujourd'hui, à travers moi. Merci pour tes enseignements dans différentes dimensions, mais aussi merci pour tes erreurs, elles m'auront permis, tant bien que mal, de m'éviter certaines bévues sur ma route. Je regrette parfois de ne pas avoir pu te les éviter à toi aussi, mais je me console en me disant que tes enseignements se poursuivent à travers moi et par le biais de mon travail, de ma passion.

Merci Marc-André, mon frère bien-aimé. Tu es l'être que je chéris le plus au monde. Sache, quoique tu fasses, que tu auras toujours tes petits trois ans, dans ma tête, à cette époque pour laquelle tu étais ma poupée, mon amour de la vie, et pour qui j'aurais voulu sacrifier mes nuits pour prendre soin. Mon amour de l'être humain et mon désir d'aider sont nés avec toi ! Personne n'a idée, sauf peut-être *Mom*, de la grandeur de ta douceur intérieure. Tu es une soie, j'espère que tu sauras l'accepter et l'offrir, mais parfois t'en protéger. Je t'aime du plus profond de mon être et je donnerais tout pour toi. Merci d'être mon meilleur ami depuis que j'ai 3 ans. J'espère qu'on finira nos jours côte à côte, mon vieux.

Je veux aussi remercier des personnes clés qui sont apparues plus tard dans ma vie et qui en ont changé l'orientation, la finalité. Je pense à D<sup>r</sup> Gilles Trudel, mon directeur de thèse. Merci pour ta confiance. Merci pour ton réalisme stoïque et inébranlable. Tu m'as fait avoir confiance en moi, tout simplement parce que tu m'avais choisie. Sans ton soutien, sans ton OUI, tout ça ne serait qu'un rêve. Grâce à toi, c'est devenu ma réalité. Merci Gilles. J'espère de tout cœur que tu partiras, la tête haute,

te reposer dans une retraite méritée, qui t'apportera la douceur et le calme que tu as donné aux autres, au fil de ta carrière. Tu m'es précieux.

Ma directrice de thèse, D<sup>re</sup> Sylvie Aubin. Sylvie, depuis la première minute où j'ai mis les pieds dans ton bureau, tu as suscité mon admiration. Tu es une femme de tête, forte, mais douce à la fois, brillante et sensible, fonceuse et résiliente et surtout, aimante et généreuse. Merci de toute mon âme d'avoir bien voulu mettre tes énergies, croyances et efforts, avec moi, sur notre projet. Merci d'avoir toujours été présente et contenante, merci de m'avoir formée et guidée. Aujourd'hui, je ne sais plus simplement que j'ai la passion pour faire ce que j'ai choisi comme profession de psychologue, je sais que c'est pour toute la rigueur qu'on y met, l'amour, l'assiduité et la passion. Le respect, la présence, le don de soi, l'amour inconditionnel. Merci Sylvie. J'espère un jour te ressembler.

Merci Marie-Anne Oligny. Ta présence à mes côtés durant ce chemin, ta main dans la mienne pour le traverser. Ça a tout changé. Merci ma collègue, de ta patience, de ton amour, de ta présence, de ton humanisme qui transpire par tous les pores de ta peau. Merci d'avoir été là, *j'te l'ai-tu dit ?* Ça a tout changé. Et merci Michael Noory, de nous avoir aidées Marie-Anne, Sylvie et moi. Ta contribution a été précieuse, et pas simplement par la nature du travail que tu nous as rendu dans ce processus. Surtout pour ta personnalité. Tu es une personne absolument adorable. J'espère que le monde aura la chance de t'avoir pour les aider. Tu es une perle. Ne change surtout pas. Ne change rien.

Merci à mes beaux-parents, ma « petite totue » Céline et papa Jean. Vous m'avez accueillie dans votre famille comme si j'en avais toujours fait partie. Le temps et l'amour auront fait en sorte que vous êtes aujourd'hui ma famille que j'aime profondément, de toute mon âme. Céline, tu as été comme une 2<sup>e</sup> mère pour moi, mais aussi une confidente, une amie, une psy. J'ai toujours été amoureuse de ton grand paradoxe, c'est-à-dire le fait que tu sois aussi douce, délicate et subtile, tout en étant une des femmes les plus fortes qu'il m'ait été donné de rencontrer dans ma vie. Tu m'as toujours inspirée et ton combat contre le cancer, mais également le partage que tu m'en as fait, m'a permis de mieux comprendre la réalité des personnes atteintes du cancer et surtout, d'avoir envie plus que tout d'aider ces âmes esseulées, qui comme tu le dis, voguent seules sur leur barque, alors que leur famille les attend sur le quai. Merci à toi Jean, pour ton humour et tes bras. Tu me fais rire et tu m'accueilles dans tes bras comme si j'étais ta fille. On s'est froissés, mais on s'est toujours réparés,



parce que l'amour est plus fort que tout. Dans tes bras, je me sens exactement comme dans les bras de mon défunt papa, en sécurité et aimée. Merci d'avoir pris sa place.

Merci à mes précieux amis, Jean-Michel, Hélène, Louis, Yanik, Laury, René-Pierre, Beaulieu, Lili et plus récemment, mes nouvelles et précieuses amies Claudia et Lysanne. Merci d'avoir été là et de m'avoir permis de me divertir, de m'amuser, de changer d'air, de chanter, de peindre, de rire. Sans ces escapades dans chacun de vos mondes respectifs, je n'aurais jamais pu traverser un tel cheminement rigoureux qu'est le doctorat. Merci de m'avoir fait une place dans votre vie, dans votre cœur, de m'avoir écoutée, soutenue et encouragée, fait rire aux éclats. Les amis sont la famille qu'on choisit et je suis si reconnaissante qu'on se soit choisis vous et moi. Merci.

Je t'ai gardé pour la fin ! Pensais-tu vraiment que j'allais t'oublier ? Tu es l'homme de ma vie et je n'ai jamais hésité une seconde à savoir si je te dédierais ma vie. Je l'ai su la première minute que nos regards se sont croisés. Personne ne peut comprendre. Tu as ton monde, j'ai le mien. Mais ma plus grande fierté, c'est que tu m'aies taillé une place dans le tien. Je t'aime plus qu'il n'y a de mots dans cette langue pour le dire. Je t'aime plus que tout. Plus que l'infini. Merci de m'avoir choisie. Merci d'avoir été là durant tout le processus. Merci de m'avoir endurée, soutenue, d'avoir cru en moi, de m'avoir ramassée, poussée, contenue. Merci d'être mon meilleur ami, mon amour, mon amant, mon *coach*, mon conseiller financier et clinique, mon pilier. Sans toi, je ne serais pas la même. Je ne serais qu'une pâle version de moi. Merci Nicolas Soudre.

En terminant, j'aimerais remercier mes superviseurs cliniques, Réal Labelle, Monique Landry et René-Pierre Le Scouarnec. Vous m'avez appris tant de choses et m'avez permis de me développer comme psychologue, en me gardant dans un cadre flexible, tout en me permettant d'être moi-même et de développer mon identité professionnelle. Vous avez agi envers moi comme des parents soutenant et grâce à vous j'ai appris à prendre soin de moi et à m'aimer, pour mieux prendre soin des autres pour la suite. Merci de votre confiance.

Merci à mes collègues psy et thérapeutes, ainsi qu'à mes patients d'être dans ma vie, de me choisir et de croire en moi. De tout ce processus, ma plus grande leçon reste que la seule chose qui compte dans la vie est **L'AMOUR**, sous quelque forme que ce soit. Merci.

## DÉDICACE

Je te dédie cet ouvrage papa. Les mots que tu  
m'as dits avant de pousser ton dernier souffle  
furent : « J'ai assez hâte de t'appeler Docteur  
Ménard ». Papa, je suis rendue, tu peux m'appeler  
docteur!

Papa, c'est grâce à toi, grâce à ces mots, mais  
aussi à cette souffrance que je t'ai vue encaisser  
sans dire mot tout au long de notre vie que j'ai  
choisi de dédier la mienne à aider les autres.

Papa, ta souffrance je veux qu'elle serve à  
quelque chose, je veux en faire sens. C'est ma  
manière de réparer tout ça.

Merci, papa, pour ton courage et ta force, j'espère  
que tu reposes en paix. Je t'aime.

-Véro

## AVANT-PROPOS

Mon objectif en entreprenant cette recherche doctorale était d'arriver à changer mon petit bout de monde à moi. Ayant eu un père atteint d'une maladie incurable dans mon enfance, j'ai certainement cherché à réparer cela. Le destin aura fait en sorte que j'atterrisse dans le domaine de l'oncologie et j'en suis très fière. Aujourd'hui, cet essai vise à aider toutes ces personnes atteintes du cancer et pour qui, même si la vie renaît d'espoir et d'un futur brillant, ce processus de retour au travail/études représente un défi de taille. Toutes ces personnes laissées à elles-mêmes, après la maladie, après les traitements. Toutes ces personnes qui doivent se reconstruire à partir de ce qu'il reste d'elles-mêmes, de ce que la maladie a changé dans leur cœur et de leur nouvelle vision de la vie. Merci aux participants de cette étude d'avoir contribué avec entrain et dévouement à ce que nous puissions offrir une intervention précisément adaptée à la réalité des JAC. Sans vous, ce projet n'aurait pas été possible.

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                    |      |
|--------------------------------------------------------------------|------|
| REMERCIEMENTS .....                                                | ii   |
| DÉDICACE .....                                                     | v    |
| AVANT-PROPOS .....                                                 | vi   |
| LISTE DES FIGURES.....                                             | xii  |
| LISTE DES TABLEAUX.....                                            | xiii |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....          | xiv  |
| RÉSUMÉ .....                                                       | xv   |
| ABSTRACT .....                                                     | xvii |
| INTRODUCTION .....                                                 | 1    |
| CHAPITRE 1 CONTEXTE THÉORIQUE .....                                | 3    |
| 1.1 Jeunes adultes atteints du cancer, des défis spécifiques ..... | 3    |
| 1.2 L'étape développementale de l'émergence de l'âge adulte .....  | 5    |
| 1.2.1 Développement de relations sociales .....                    | 7    |
| 1.2.2 Développement de l'autonomie et atteinte d'objectifs .....   | 7    |
| 1.2.3 Stress .....                                                 | 10   |
| 1.3 Génération Y des jeunes adultes .....                          | 10   |
| 1.4 Effet de l'arrêt du travail/études chez les JAC.....           | 11   |
| 1.5 Retour au travail/études après le cancer.....                  | 13   |

|                          |                                                                                 |    |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.6                      | Importance du soutien social dans le retour au travail/études .....             | 15 |
| 1.6.1                    | Soutien de la part des collègues et supérieurs.....                             | 15 |
| 1.6.2                    | Soutien conjugal et familial .....                                              | 16 |
| 1.7                      | Image de soi, identité et sentiment d'efficacité .....                          | 18 |
| 1.8                      | Qualité de vie reliée à la santé et bien-être .....                             | 20 |
| 1.9                      | Besoins psychosociaux des JAC dans le cadre du retour au travail/études ..      | 21 |
| 1.10                     | Objectif de l'étude.....                                                        | 25 |
| CHAPITRE 2 ARTICLE ..... |                                                                                 | 27 |
| INTRODUCTION .....       |                                                                                 | 28 |
| 2.1                      | Développement de l'intervention.....                                            | 32 |
| 2.2                      | Modalités cliniques de l'intervention.....                                      | 33 |
| 2.3                      | Objectif de l'intervention .....                                                | 33 |
| 2.4                      | Objectif de cette étude .....                                                   | 34 |
| MÉTHODE .....            |                                                                                 | 34 |
| 2.5                      | Participants.....                                                               | 34 |
| 2.6                      | Critères d'inclusion/exclusion .....                                            | 35 |
| 2.7                      | Procédures.....                                                                 | 36 |
| 2.8                      | Déroulement de l'intervention .....                                             | 36 |
| 2.9                      | Mesures .....                                                                   | 37 |
| 2.10                     | Questionnaire sociodémographique.....                                           | 37 |
| 2.11                     | Questionnaire <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> .....         | 37 |
| 2.12                     | Questionnaire <i>Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G)</i> | 38 |

|                                      |                                                                                                   |    |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.13                                 | Questionnaire <i>Inventaire d'Anxiété Situationnelle et Trait d'Anxiété (IASTA-Y)</i>             | 38 |
| 2.14                                 | Entrevue semi-structurée post-intervention                                                        | 39 |
| 2.15                                 | Devis et analyses                                                                                 | 39 |
| RÉSULTATS                            |                                                                                                   | 40 |
| 2.16                                 | Participants – Description de l'échantillon                                                       | 40 |
| 2.17                                 | Satisfaction des participants – Statistiques descriptives                                         | 41 |
| 2.18                                 | Satisfaction des participants – Réponses à développement                                          | 41 |
| 2.19                                 | Résultats des participants aux questionnaires d'anxiété et de qualité de vie<br>reliée à la santé | 43 |
| DISCUSSION                           |                                                                                                   | 45 |
| 2.20                                 | Résultats – Statistiques descriptives sur la satisfaction                                         | 46 |
| 2.21                                 | Suggestions des participants pour les futures interventions                                       | 48 |
| 2.22                                 | Résultats des participants aux questionnaires standardisés                                        | 49 |
| 2.23                                 | Limites et recommandations de futures études                                                      | 50 |
| RÉFÉRENCES                           |                                                                                                   | 52 |
| TABLEAUX ET DIAGRAMMES               |                                                                                                   | 58 |
| CHAPITRE 3 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES |                                                                                                   | 65 |
| 3.1                                  | Présentation des participants                                                                     | 65 |
| 3.1.1                                | Le participant 1                                                                                  | 66 |
| 3.1.2                                | La participante 2                                                                                 | 69 |
| 3.1.3                                | La participante 3                                                                                 | 72 |
| 3.1.4                                | La participante 4                                                                                 | 75 |

|                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1.5 La participante 5 .....                                                                                                    | 78  |
| 3.2 Résultats qualitatifs globaux .....                                                                                          | 82  |
| 3.2.1 QUESTION 25 - Qu'est-ce qui t'a le plus aidé et le moins aidé dans l'intervention ? .....                                  | 82  |
| 3.2.2 QUESTION 35 - Qu'est-ce que l'intervention t'a le plus aidé à améliorer par rapport à ton retour au travail/études ? ..... | 84  |
| 3.2.3 QUESTION 42 – As-tu d'autres commentaires ou recommandations pour nous aider à améliorer l'intervention en général ? ..... | 85  |
| CHAPITRE 4 CONCLUSION .....                                                                                                      | 87  |
| 4.1 Recrutement et rétention .....                                                                                               | 87  |
| 4.2 Synthèse et discussion des résultats .....                                                                                   | 89  |
| 4.3 Apport scientifique de cette étude.....                                                                                      | 93  |
| 4.4 Les limites de cette étude.....                                                                                              | 94  |
| 4.5 Suggestions pour les futures études .....                                                                                    | 95  |
| 4.6 Conclusion .....                                                                                                             | 98  |
| ANNEXE A – AFFICHE DE RECRUTEMENT .....                                                                                          | 99  |
| ANNEXE B – ENTREVUE D'ÉLIGIBILITÉ .....                                                                                          | 100 |
| ANNEXE C – QUESTIONNAIRE <i>PHQ-9</i> .....                                                                                      | 105 |
| ANNEXE D – QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE .....                                                                                | 106 |
| ANNEXE E – QUESTIONNAIRE <i>HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)</i> .....                                               | 119 |
| ANNEXE F – QUESTIONNAIRE <i>FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY – GENERAL (FACT-G)</i> .....                                 | 120 |

|                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ANNEXE G – QUESTIONNAIRE <i>INVENTAIRE D’ANXIÉTÉ SITUATIONNELLE</i><br><i>ET DE TRAIT D’ANXIÉTÉ (IASTA)</i> ..... | 122 |
| ANNEXE H – ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE POST-INTERVENTION .....                                                       | 124 |
| APPENDICE A – APPROBATION ÉTHIQUE.....                                                                            | 134 |
| APPENDICE B – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....                                                                    | 143 |
| APPENDICE C – PREUVE DE SOUMISSION À UNE REVUE SCIENTIFIQUE<br>.....                                              | 148 |
| RÉFÉRENCES.....                                                                                                   | 149 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                                               | 160 |



## LISTE DES FIGURES

|                                                                                          |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| FIGURE 2. 1 RECRUTEMENT ET RÉTENTION .....                                               | 58     |
| FIGURE 2. 2 TITRE ET CONTENU DES SÉANCES.....                                            | 59     |
| FIGURE 2. 3 DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS....                             | 62     |
| <br>FIGURE 3. 1 DONNÉES QUALITATIVES ENTREVUES POST-INTERVENTION<br>– QUESTION #25 ..... | <br>83 |
| FIGURE 3. 2 DONNÉES QUALITATIVES ENTREVUES POST-INTERVENTION<br>– QUESTION #35 .....     | 85     |
| FIGURE 3. 3 DONNÉES QUALITATIVES ENTREVUES POST-INTERVENTION<br>– QUESTION #42 .....     | 86     |

## LISTE DES TABLEAUX

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABLEAU 2. 1 APPRÉCIATION ET SATISFACTION DES 5 PARTICIPANTS À<br>L'ENTREVUE POST-INTERVENTION .....      | 63 |
| TABLEAU 2. 2 RÉSULTATS PRÉ ET POST-INTERVENTION DES<br>PARTICIPANTS AUX QUESTIONNAIRES STANDARDISÉS ..... | 65 |
| TABLEAU 2. 3 SOMMAIRE DES RÉSULTATS POST-INTERVENTION AUX<br>QUESTIONNAIRES STANDARDISÉS .....            | 66 |

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

|         |                                                           |
|---------|-----------------------------------------------------------|
| FACT-G  | <i>Functional Assessment of Cancer Therapy – General</i>  |
| HADS    | <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>              |
| HGJ     | Hôpital Général Juif                                      |
| IASTA-Y | Inventaire d’Anxiété Situationnelle et de Trait d’Anxiété |
| JAC     | Jeunes adultes atteints du cancer                         |
| QV      | Qualité de vie                                            |
| TCC     | Thérapie cognitive et comportementale                     |

## RÉSUMÉ

Les jeunes adultes atteints du cancer (JAC) présentent une réalité et des besoins spécifiques en matière de retour au travail/études après la période des traitements, notamment à cause de leur âge et leur stade développemental. Néanmoins, il n'y a pas d'intervention actuellement visant à les accompagner et les soutenir dans leur processus de retour au travail/études. Le travail/études représente une part importante de leur identité et de l'acquisition de jalons développementaux majeurs pour les jeunes adultes, en plus de représenter un défi important lorsqu'il est arrêté pour la période des traitements. Cet arrêt génère anxiété, détresse et dégradation du bien-être, les JAC ont donc besoin d'avoir accès à une telle intervention. Ainsi, cette recherche vise à offrir une nouvelle intervention psychosociale précisément conçue pour les besoins des JAC, afin de les guider et les soutenir durant leur processus de retour au travail/études. L'intervention propose un programme de six manuels informatifs, cinq cahiers d'exercices pratiques, ainsi que de six séances d'intervention psychosociale offertes en vidéoconférence. Cette étude s'est donc intéressée à évaluer l'efficacité de l'intervention et la satisfaction des participants face à celle-ci. Elle visait aussi à collecter des suggestions d'amélioration quant à l'intervention. Finalement, l'anxiété et la qualité de vie reliée à la santé étaient aussi mesurées. L'étude s'est penchée sur cinq participants, dont les niveaux d'anxiété et de bien-être ont été mesurés avant et après l'intervention. Les participants ont été interrogés en entrevue post-intervention. Il s'agissait d'une entrevue où plusieurs questions visaient à évaluer leur niveau de satisfaction face aux différents éléments du programme ainsi que trois questions ouvertes visant à recueillir leurs impressions, commentaires et suggestions. Les résultats révèlent que quatre des participants ont trouvé l'intervention très satisfaisante (score : 4 sur une échelle 1 à 5) alors qu'un participant a été moins satisfait (score : 1 sur 5). Quatre des participants ont trouvé que le développement de l'introspection était ce qui les avait le plus aidés. Trois des participants ont mentionné que le contenu des séances portant sur la peur de la récurrence ou les effets du cancer était trop anxiogène. Quatre des participants ont trouvé que les plus importants effets de l'intervention avaient été de réduire l'anxiété, d'aider à favoriser la qualité de vie et d'apprendre à mieux prendre soin de soi. Les participants ont donné une multitude de suggestions pertinentes et mentionné plusieurs ingrédients qu'ils avaient appréciés lors de l'intervention, durant l'entrevue. Notamment, quatre participants ont trouvé que le développement de leur introspection avait été ce qui les avait le plus aidés (p. ex. révision des priorités, désir de changements dans leur carrière). Deux participants ont

particulièrement apprécié le fait de recevoir du soutien de la part de l'intervenante durant le programme. Trois participants ont trouvé que l'intervention avait l'effet de réduire leur stress et anxiété de performance. Les participants ont mentionné plusieurs suggestions d'additions au programme, qui seront pertinentes aux futures études. Aux questionnaires, deux participants ont vu leur score s'améliorer considérablement après l'intervention, alors que deux autres ont vu cette anxiété se détériorer. Pour ce qui est du bien-être, les cinq participants ont connu une amélioration de leur bien-être physique et leur bien-être fonctionnel. Pour l'anxiété situationnelle, trois participants ont vu ce score s'améliorer, un est resté stable et une s'est détériorée. En conclusion, l'étude permet de constater de l'effet bénéfique d'un programme d'intervention sur le bien-être des jeunes adultes atteints du cancer et a apporté plusieurs suggestions pour les futures études. L'intervention a été appréciée chez la plupart des participants.

Mots clés : Jeunes adultes atteints du cancer, retour au travail, anxiété, qualité de vie, intervention psychosociale

## ABSTRACT

Young adults with cancer (YAC) have specific needs and realities regarding their return to work/education after treatment, particularly because of their age and developmental stage. Nevertheless, there is currently no intervention aimed at accompanying and supporting them in their return to work/study process. Work/study is an important part of their identity and the acquisition of major developmental milestones for young adults, in addition to representing a major challenge when it is stopped for the treatment period. This cessation generates anxiety, distress, and degradation of well-being, and YACs need access to such an intervention. Thus, this research aims to provide a new psychosocial intervention specifically designed for the needs of YACs, to guide and support them during their return to work/study process. The intervention consists of six informative manuals, five practice workbooks, and six psychosocial intervention sessions delivered via videoconference. This study was therefore interested in assessing the effectiveness of the intervention and participants' satisfaction with it. It also aimed to collect suggestions for improvement of the intervention. Finally, anxiety and health-related quality of life were also measured. The study focused on five participants, whose anxiety and well-being levels were measured before and after the intervention. Participants were interviewed in a post-intervention interview. The interview consisted of several questions designed to assess their level of satisfaction with the various elements of the program, as well as three open-ended questions designed to gather their impressions, comments, and suggestions. The results reveal that four of the participants found the intervention very satisfactory (score: 4 on a scale of 1 to 5) while one participant was less satisfied (score: 1 out of 5). Four of the participants found the development of introspection to be what helped them the most. Three of the participants mentioned that the content of the sessions dealing with the fear of recurrence, or the effects of cancer was too anxiety-provoking. Four of the participants found that the most important impacts of the intervention were reducing anxiety, helping to promote quality of life, and learning to take better care of themselves. Participants gave a multitude of relevant suggestions and mentioned several ingredients that they appreciated about the intervention during the interview. Notably, four participants found that developing their introspection had been the most helpful (e.g., reviewing priorities, wanting to make changes in their career). Two participants particularly appreciated receiving support from the practitioner during the program. Three participants found that the intervention had the impact of reducing their stress and performance anxiety. Participants mentioned several suggestions for additions to the

program that will be relevant to future studies. On the questionnaires, two participants saw their scores improve significantly after the intervention, while two others saw this anxiety deteriorate. In terms of well-being, all five participants experienced improvements in both physical and functional well-being. For situational anxiety, three participants saw this score improve, one remained stable, and one deteriorated. In conclusion, the study provided evidence of the beneficial effect of an intervention program on the well-being of young adults with cancer and provided several suggestions for future studies. The intervention was appreciated by most participants.

Keywords: Young adults with cancer, return to work, anxiety, quality of life, psychosocial intervention.

## INTRODUCTION

En 2019, 220 400 individus ont reçu un diagnostic de cancer au Canada. La population des jeunes adultes atteints du cancer (JAC) (âgés de 18 à 39 ans) représente 8,3 % de ce lot (Statistique Canada, 2019), soit 18 293 individus. Les JAC ont un taux de survie plus élevé que les autres populations qui, selon les dernières études, représente plus de 85% (Rasmussen et Elverdam, 2008 ; Statistique Canada, 2015 ; Ramphal *et al.*, 2016). Ainsi, chaque année, de plus en plus de JAC survivent au cancer et doivent faire face aux effets de la maladie et des traitements.

Les JAC affrontent chaque jour, durant et après le cancer, une dure réalité, soit celle de vivre avec les conséquences de la maladie et des traitements, ainsi qu'avec la peur de la récurrence durant de nombreuses années après leur cancer (Ouellette *et al.*, 2016 ; Ramphal *et al.*, 2016). Une grande portion d'entre eux se voient forcés d'arrêter le travail ou les études pour la durée des traitements et ensuite. En effet, 85% d'entre eux cessent les activités professionnelles durant plusieurs mois (Nitkin *et al.*, 2011). De plus, les JAC, comme tous les autres jeunes adultes, en sont à une étape importante de leur développement qui consiste à acquérir de l'autonomie, à établir l'identité et à se fixer et atteindre des objectifs personnels et professionnels. Lorsque ces étapes sont bien complétées, le jeune adulte peut se sentir indépendant, fort et optimiste face à l'avenir qui se dresse devant lui. Mais cela en est autrement pour les JAC qui voient ces étapes interrompues et parfois, même, régressées. En résumé, les JAC vivent parfois de nombreuses années avec les séquelles physiques et psychologiques du cancer, avec la peur d'une récurrence ainsi qu'avec un développement interrompu à plusieurs plans. Selon Duijts *et al.* (2014), les séquelles qui affectent le retour au travail/études des JAC représentent un obstacle de taille pour eux. Ainsi, les JAC font souvent l'expérience d'anxiété, de stress, de sentiments dépressifs et de découragement face à ce cheminement interrompu, et aux séquelles du cancer.



À ce jour, les études sont encore trop peu nombreuses en ce qui a trait précisément au processus de retour au travail/études après le cancer, pour les JAC. Si quelques-unes de ces études abordent le sujet (p. ex. Stone *et al.*, 2017), il n'en reste pas moins qu'aucune intervention n'est précisément offerte dans l'objectif d'accompagner les JAC dans leur processus de retour au travail/études, en ayant pour objectif de les outiller face aux situations, aux séquelles physiques et à la gestion des émotions négatives dans ce contexte.

Cette étude poursuit l'objectif de mettre sur pied et d'offrir une intervention psychosociale précisément orientée à guider, accompagner, soutenir et outiller les jeunes adultes dans le processus de retour au travail/études. Pour ce faire, D<sup>re</sup> Sylvie Aubin a conçu et rédigé une intervention, accompagnée de séances d'intervention en vidéoconférence, qui a été conduite auprès de JAC. Ainsi, les JAC ont été évalués avant et après l'intervention dans le but de vérifier leur satisfaction face à différents éléments du programme, de même que leurs niveaux d'anxiété et qualité de vie reliée à la santé (QV) ont été mesurés. Ces participants ont finalement été sondés afin de recueillir leurs suggestions et commentaires afin d'améliorer l'intervention pour de futures études.

Le premier chapitre de cet essai doctoral consiste à présenter le contexte théorique entourant l'étude. Au chapitre 2, l'article scientifique, qui sera soumis pour publication, sera présenté. En chapitre 3, des résultats complémentaires seront exposés. Finalement, le chapitre 4 servira de conclusion à cette étude doctorale.

## CHAPITRE 1

### CONTEXTE THÉORIQUE

Ce chapitre vise à présenter en profondeur la population des JAC, leurs réalités et défis particuliers ainsi qu'à couvrir le contexte théorique sous-jacent à l'intervention et à cette étude. L'intervention au cœur de cette étude, le cadre théorique sous-jacent et la pertinence de cette intervention dans le cadre d'un retour au travail/études après le cancer seront également couverts ici. Le chapitre se terminera avec une présentation des objectifs et questions de recherche de l'étude.

#### 1.1 Jeunes adultes atteints du cancer, des défis spécifiques

Le cancer chez les JAC est une source importante de souffrance physique et psychologique. À cause de leur âge, les JAC font face à une réalité qui leur est spécifique. La maladie et ses traitements affectent les dimensions suivantes chez les JAC : les relations sociales, l'image de soi, l'estime de soi, le sentiment d'autonomie et d'indépendance, la réalisation d'objectifs professionnels et personnels, la sexualité, la perception du sens de la vie et la perception de son rôle au sein de la société (D'Agostino *et al.*, 2011 ; Ramphal *et al.*, 2016 ; Zebrack, 2011). De plus, les JAC font face à des cancers qui sont souvent plus avancés et agressifs (Bleyer *et al.*, 2006), ainsi qu'ils sont plus à risque de faire face à une récurrence (Albritton et Eden, 2007). Pour ajouter à cela, les JAC ont accès à des traitements souvent limités à ceux offerts aux

adultes plus âgés, à peu d'études portant précisément sur leurs besoins ainsi qu'ils présentent souvent une faible adhésion aux traitements (Zebrack, 2009).

En plus des effets émotionnels et psychologiques, le cancer et ses traitements laissent des marques indélébiles sur son passage : perte de capacités physiques, diminutions des fonctions cognitives, pertes de certaines facultés sensorielles, handicaps et plusieurs autres effets physiques et psychosociaux (Duijts *et al.*, 2006 ; Duijts *et al.*, 2014 ; Kennedy, Haslam *et al.*, 2007 ; Main *et al.*, 2005 ; Mehnert, 2010 ; Nachreiner *et al.*, 2007 ; Pryce *et al.*, 2007 ; Taskila *et al.*, 2011 ; Taskila *et al.*, 2007 ; Yarker *et al.*, 2010 ; Zebrack, 2011). Pour donner quelques exemples des limitations dont les JAC font l'expérience, à la suite de traitements tels que chirurgies, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, il y a l'infertilité, la ménopause induite, la fatigue, les troubles de mémoire, les difficultés de concentration et d'apprentissage, la perte ou le gain de poids, la perte des cheveux, et bien d'autres encore (Clinton-McHarg *et al.*, 2010 ; Evan et Zelter, 2006 ; Kennedy *et al.*, 2007 ; Main *et al.*, 2005 ; Mehnert, 2010 ; Munir *et al.*, 2007 ; Ramphal *et al.*, 2016 ; Spelten *et al.*, 2003 ; Stanton, 2012). Pour certains JAC, un fonctionnement physique réduit peut devenir synonyme de détresse psychologique et engendrer un effet sur l'estime de soi et les relations interpersonnelles (de Boer *et al.*, 2011 ; Evan et Zelter, 2006 ; Ramphal *et al.*, 2016 ; Stanton, 2012 ; Taskila *et al.*, 2011 ; Zebrack, 2009).

Pour toutes ces raisons, le cancer et ses traitements engendrent beaucoup d'émotions négatives telles que la peur, la tristesse, le découragement, l'anxiété, la colère, la confusion et le déni chez les JAC (Smith *et al.*, 2013).

Certains JAC se distinguent également des autres individus atteints du cancer, car ils en sont à l'étape développementale de l'émergence de l'âge adulte. Celle-ci se voit interrompue à cause du cancer, des traitements, de l'arrêt de leur travail/études et tout

ce qui s'en suit. Il s'agit d'une étape développement très importante en matière d'établissement de l'identité, dont notamment, l'identité professionnelle.

Enfin, mentionnons que les JAC développent une nouvelle identité à la suite de leur expérience avec la maladie. En effet, dans un article portant précisément sur le contexte et l'identité entourant les personnes atteintes du cancer, les auteurs proposent une définition intéressante pour le terme de survivant au cancer : il s'agirait d'un individu vivant avec un passé affecté par la maladie, qui a traversé l'épreuve des traitements contre le cancer, qui a vécu l'effet à la fois positif et négatif de cette expérience, et qui est en phase de suivi post-traitement (Hebdon *et al.*, 2015). Si cet aspect de l'identité est propre à toutes les personnes ayant fait l'expérience du cancer, cela devient une réalité parfois difficile à accepter pour ceux qui sont de jeunes adultes. Certains se dévalorisent de cette nouvelle identité ou image qu'ils ont d'eux-mêmes et qu'ils projettent.

## 1.2 L'étape développementale de l'émergence de l'âge adulte

Le début de l'âge adulte représente une période développementale importante durant laquelle plusieurs jalons développementaux sont franchis. Selon les travaux d'Erik Erickson, la trajectoire de vie d'un être humain passe par huit stades psychosociaux distincts à travers lesquels l'individu est en quête progressive de son identité (Bee et Boyd, 2012). Selon cet auteur, au début de l'âge adulte, le développement est principalement à propos de la quête de l'intimité. Ainsi, le jeune adulte aurait comme priorité de développer son sentiment d'appartenance à travers divers rôles sociaux tels : avoir un conjoint ou une conjointe, fonder une famille en se reproduisant, appartenir à un cercle d'amis parmi lesquels il s'identifie et définir un rôle social qui donne sens à sa vie, tel qu'en ayant un rôle et des responsabilités au travail (Erikson, 1994, dans Bee

et Boyd, 2012). Erikson explique aussi que lorsque le jeune adulte ne parvient pas à créer cette intimité en relation avec les autres, il vit alors un sentiment d'isolement. Ainsi, pour parvenir à résoudre cette étape du développement sainement, selon Erikson, le jeune adulte doit développer son intimité dans les relations et s'identifier à plusieurs rôles sociaux.

Pour sa part, Evans (1969) décrit cette période comme le désir d'unifier sa personnalité à d'autres individus sans craindre de perdre sa propre identité. Il s'agit d'une étape de vie où l'individu connaît de rapides et importants changements, notamment, sur le plan identitaire (Arnett, 2000). Au cours de cette période, le jeune adulte se définit notamment un rôle social par le biais de l'établissement d'une famille (p. ex. mariage, déménagement en couple, enfants).

À travers cette étape développementale, les jeunes adultes en sont à développer et établir leur rôle en société, particulièrement par le biais de leur identité professionnelle (Fernandez *et al.*, 2009 ; Zebrack *et al.*, 2009). Il s'agit d'étapes importantes, basées sur des objectifs précis tels qu'obtenir un diplôme professionnel, trouver un emploi important ou encore obtenir un meilleur poste ou une promotion. Sur le plan professionnel, ces objectifs permettent à l'individu de gagner en autonomie et en indépendance financière (Arnett, 2000 ; Bee et Boyd, 2012 ; Erikson, 1994).

Il y a donc plusieurs facteurs qui influent sur la santé mentale, la santé physique et même la longévité en début d'âge adulte. En effet, les quatre facteurs qui seront abordés dans cet ouvrage sont : (1) le soutien social (et la capacité à développer de nouvelles relations sociales) ; (2) le développement de l'autonomie et de l'identité ; (3) l'atteinte d'objectifs et (4) le stress perçu et vécu (Bee et Boyd, 2012).

### 1.2.1 Développement de relations sociales

Les relations interpersonnelles qu'établit et entretient le jeune adulte sont d'une importance capitale pour le développement de son identité. Le soutien qu'il obtient au sein de ces relations a d'ailleurs un effet important sur le développement de divers problèmes de santé physique et mentale, notamment sur la dépression (Légaré *et al.*, 2000). Ainsi, en fonction du soutien social qu'il reçoit et de sa capacité à développer une ou plusieurs relations intimes, le jeune adulte forgera son identité et définira sa place dans le monde, parmi les rôles sociaux qu'il occupe (Bee et Boyd, 2012). Avec le développement de ces rôles, il pourra atteindre un certain sentiment d'autonomie et d'indépendance, important pour son estime personnelle ainsi que sa qualité de vie.

### 1.2.2 Développement de l'autonomie et atteinte d'objectifs

Les jeunes adultes en développement cherchent à acquérir un sentiment d'indépendance et d'autonomie. Il semble important pour ces individus de forger leur identité en acquérant le sentiment d'être autonomes financièrement et d'occuper un rôle significatif dans leur entourage, auprès de leurs proches, au travail et dans la société en général.

Afin d'acquérir une autonomie, un sentiment d'indépendance, il semble qu'il faille que les individus aient d'abord un sentiment de maîtrise perçue. Rodin définit ce sentiment comme une impression de pouvoir changer les choses et d'avoir une influence sur soi-même, son avenir et son environnement (Rodin, 1990, dans Bee et Boyd, 2012).

Le début de l'âge adulte marque la définition et l'atteinte de buts professionnels et personnels. Pour que ce jalon développemental soit atteint, il importe que le jeune adulte sente qu'il a un pouvoir sur lui-même et sur son environnement, ainsi qu'il possède un sentiment d'efficacité personnelle. Ce concept d'efficacité personnelle de Bandura (1977) sera approfondi plus loin dans cette section. Pour l'instant, il est d'abord question du sentiment de pouvoir sur soi et sur l'environnement.

Plusieurs théoriciens ont développé des théories en ce sens. Par exemple, Seligman (1990) parle du sentiment d'optimisme versus d'impuissance acquise. Ainsi, dans sa théorie, il explique que lorsque l'individu sent qu'il a le pouvoir de changer les choses, il se met en action, visualise ses objectifs et parvient à les atteindre en posant les bons gestes. À contrario, s'il sent que ses efforts sont vains et qu'il n'y parviendra pas, il entre plutôt dans un sentiment d'impuissance acquise, où il est tellement convaincu de son incapacité à changer les choses, à atteindre des buts, qu'il ne tentera même plus de le faire. Dans son laboratoire, des expériences avaient été conduites sur les chiens pour prouver sa théorie. Dans l'expérience principale, il est identifié que si les chiens ont reçu un certain nombre d'impulsions électriques en tentant de sortir d'une cage où ils étaient enfermés, ils ne tentent plus du tout d'en sortir après un certain temps et cela, même lorsque les impulsions ont été retirées et que la porte de la cage est grande ouverte.

Un autre théoricien important pour la perception du pouvoir d'agir sur soi et sur l'environnement est Rotter. En effet, Rotter (1966) a amené le concept de lieu de contrôle aussi appelé sentiment de maîtrise interne pour définir l'ensemble de pensées qu'un individu a à propos de la cause des événements (Bee et Boyd, 2012). Lorsqu'une personne a un fort lieu de contrôle externe, cela veut dire qu'elle perçoit que l'environnement, les autres ou des causes externes à elle-même sont la cause de ce qui lui arrive. À l'opposé, lorsqu'une personne a l'impression qu'elle est la cause de ce qui lui arrive, ce sentiment est appelé lieu de contrôle interne ou sentiment de maîtrise

interne. Des chercheurs ont, suivant cette théorie, établi des liens entre un fort lieu de contrôle externe et une mauvaise estime de soi, une personnalité introvertie et des problèmes anxieux (Beautrais *et al.*, 1999). Cela aurait un effet ensuite, à l'âge adulte, sur le sentiment de contrôle, ainsi que l'acquisition de l'autonomie et de l'identité (Bee et Boyd, 2012).

Le deuxième aspect qui semble important pour qu'un jeune adulte en plein développement réussisse à se fixer et atteindre de nouveaux objectifs est le fait d'avoir un certain sentiment d'efficacité personnelle. Un théoricien important de l'histoire de la psychologie a développé ce concept et conduit des études pour l'étayer. En effet, Bandura, qui a également trouvé le terme de sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité, est celui qui a porté son attention sur cet aspect important du développement et de l'autoréalisation des individus. Dans sa théorie, Bandura explique que cette perception que nous avons de nos capacités à faire certaines tâches, à contrôler notre propre comportement et à maîtriser l'environnement ainsi que notre capacité à atteindre des objectifs commence à se développer durant notre enfance (Bee et Boyd, 2012). Notre sentiment d'auto-efficacité poursuit néanmoins son développement durant l'adolescence et à l'âge adulte et a une importante influence sur notre estime personnelle (Bandura, 1977, 1991).

Des études ont identifié que lorsque le sentiment d'efficacité personnelle est faible chez les individus, ils sont plus enclins à développer des troubles psychologiques (tels que dépression, anxiété) et des maladies physiques (Seligman, 1991 ; Syme 1990).

Dans une étude importante sur le sujet, des chercheurs ont suivi des hommes durant 35 ans, au sein de l'Université Harvard. Au début de l'étude, les participants ont été évalués quant à leur degré de pessimisme, sur le plan de leur sentiment d'efficacité personnelle, alors qu'ils étaient âgés de 25 ans. Cinq années plus tard, les participants ont été évalués sur le plan de leur santé, par des médecins. Ils ont été ainsi évalués à



toutes les cinq ans, jusqu'à l'âge de 60 ans. Le résultat marquant de cette étude est que ceux qui présentaient un plus fort pessimisme face à leur sentiment d'efficacité personnelle, à 25 ans, avaient une santé nettement moins bonne, rendus à l'âge de 60 ans, que les autres participants à cette même étude (Peterson *et al.*, 1988, dans Bee et Boyd, 2012).

### 1.2.3 Stress

Les multiples transitions que doivent effectuer les jeunes adultes, entre l'adolescence et la vie très différente d'adulte, génèrent bon nombre de facteurs de stress. Les changements tant sur le plan professionnel, personnel, relationnel, sexuel, physique et psychologique sont si nombreux que cela ne pourrait faire autrement que de provoquer du stress chez la plupart des êtres humains (Bee et Boyd, 2012). Selon plusieurs études, même sans maladie ou condition particulière, la plupart des jeunes adultes rapportent ressentir de l'anxiété et des sentiments dépressifs (Schieman *et al.*, 2001 ; Wade et Cairney, 1997). Dans ces études, on explique l'apparition de ces sentiments chez les jeunes adultes par la surcharge occasionnée par leurs nouveaux rôles, par une condition financière et professionnelle précaire ainsi que par le manque d'expérience et de stratégies pour faire face au stress (Bee et Boyd, 2012).

## 1.3 Génération Y des jeunes adultes

Les jeunes adultes âgés de 18 à 39 ans constituent une population pour laquelle les technologies et les communications électroniques font partie intégrante du quotidien. En effet, selon l'étude de Schiffman *et al.* (2008), les médias technologiques (courriel,

messagerie instantanée et texte) sont le mode principal de communication des individus de cette génération. Plus précisément, 84% de leurs communications s'effectuent par le biais de ces médias.

Un autre aspect propre à cette cohorte de jeunes adultes est celui de provenir d'une génération dite tardive en ce qui a trait aux étapes développementales de la vie de jeune adulte. En effet, la génération Y (individus nés entre 1980 et 2000) constitue une population ayant plus de liberté en ce qui a trait au moment de quitter le domicile parental, au démarrage d'une carrière ou à l'aboutissement du programme d'études plus tard, soit dans la trentaine (Arnett, 2000 ; Strauss et Howe, 2009). Ainsi, pour les JAC, l'arrêt du travail provoqué par le cancer et ses traitements représentera un retard et une pression de plus dans ces étapes développementales (p. ex. gagner en autonomie sociale et financière).

#### 1.4 Effet de l'arrêt du travail/études chez les JAC

Le travail/études revêt une importance capitale dans la vie des jeunes adultes, celui-ci étant intimement lié au développement de l'identité et à l'atteinte de l'autonomie (Peteet, 2000 ; Rasmussen et Elverdam, 2008). Pour plusieurs, établir une nouvelle identité professionnelle permet de répondre à des questions identitaires ainsi qu'à se définir un rôle au sein de la société (Drew, 2007). Cela vise à remplir le besoin de valorisation de plusieurs (Rasmussen et Elverdam, 2008) ainsi qu'à atteindre l'autonomie (Drew, 2007). Ainsi, pour les JAC, l'arrêt du travail provoqué par le cancer et ses traitements représente un retard et une pression de plus dans l'atteinte de ces jalons développementaux. De plus, l'arrêt du travail/études (et souvent des revenus associés) fait en sorte que les JAC doivent parfois compter sur leurs proches ou même retourner vivre chez leurs parents, à cause des difficultés financières qui découlent de

la situation. D'autres JAC doivent compter sur leurs proches pour des raisons pratiques, émotionnelles et matérielles (Ouellette *et al.*, 2016). Cela engendre une impression de régression dans l'atteinte de l'autonomie et génère des sentiments de culpabilité, de honte ou de colère.

Parmi les 85% des JAC qui arrêtent le travail ou les études, 62% y retournent dans les 12 à 24 mois après la période des traitements (Yu *et al.*, 2012). Le fait d'arrêter le travail ou les études pour la période des traitements représente un risque important quant à l'augmentation de l'anxiété liée au travail et à la diminution du sentiment d'efficacité personnelle au travail (Bleyer *et al.*, 2006 ; D'Agostino *et al.*, 2011 ; Keegan *et al.*, 2012 ; Zebrack, 2011). De plus, le fait d'arrêter le travail/études augmente l'isolement social et réduit l'estime de soi (Morgan *et al.*, 2010). Ces difficultés psychologiques sont non seulement reliées à l'interruption du travail, mais aussi au retard de l'entrée sur le marché du travail ainsi qu'au sentiment d'autonomie relié à la fin des études ou au démarrage d'une carrière (D'Agostino *et al.*, 2011 ; Zebrack, 2011). Ce sentiment d'autonomie et de contrôle de soi, normalement acquis au début de l'âge adulte a été interrompu et reporté à cause de l'arrêt du travail/études et du développement que le cancer et ses traitements ont provoqué (D'Agostino *et al.*, 2011 ; Fernandez *et al.*, 2011 ; Zebrack, 2011). Les JAC rapportent aussi un sentiment d'isolement, une déconnexion d'avec le réseau social et des problèmes d'adaptation reliés au retour au travail/études (Duijts *et al.*, 2014).

Enfin, les relations sociales au travail/études sont également affectées par l'arrêt durant les traitements. En effet, selon Menhert (2010), 30% des JAC qui retournent au travail après les traitements contre le cancer rapportent que leurs relations professionnelles ont été négativement affectées par le cancer.

## 1.5 Retour au travail/études après le cancer

De nombreux facteurs influencent la manière dont se déroulera le processus de retour au travail/études des JAC. Dans leur étude, Feuerstein *et al.* (2010) se sont intéressés précisément au retour au travail des jeunes adultes atteints du cancer et en sont arrivés à proposer un modèle qui présentaient différents types de facteurs ayant un effet sur le processus de retour au travail après le cancer. Il s'agit de facteurs individuels, institutionnels et psychosociaux, que les auteurs ont divisé en sept catégories : (1) les caractéristiques personnelles du JAC ; (2) sa santé et son bien-être ; (3) ses symptômes ; (4) sa capacité fonctionnelle ; (5) les exigences de son travail ; (6) les politiques et (7) les règlements et les facteurs économiques de son travail (Feuerstein *et al.*, 2010). Dans une autre étude sur le sujet, Wells *et al.* (2013) ont également proposé un modèle pour expliquer les différents facteurs influençant le retour au travail après le cancer. Dans cette étude, les facteurs proposés étaient de nature plus personnelle, soit des facteurs qui variaient beaucoup d'un JAC à l'autre. Les auteurs ont dégagé quatre types de facteurs influents : (1) l'identité du JAC ; (2) l'importance et le sens du travail pour lui ; (3) son contexte familial et financier et (4) les aspects propres à son emploi (environnement de travail, qualité des relations au travail et sentiment d'efficacité personnelle) (Wells *et al.*, 2013).

Pour plusieurs JAC, le fait de retourner au travail/études après les traitements contre le cancer signifie un moment marquant, qui semble vouloir dire qu'ils sont de retour à une vie dite « normale » (Nachreiner *et al.*, 2007). Pour certains, cette étape de vie représente une victoire symbolique sur le cancer et le rétablissement d'une certaine normalité, d'un retour au quotidien et à un équilibre de vie (Zebrack, 2009). Ils sont donc, pour la plupart, pressés d'y retourner le plus vite possible (Amir et Brocky, 2009 ; de Boer, 2014 ; Feuerstein, 2007 ; Main *et al.*, 2005 ; Nachreiner *et al.*, 2007), et cela, en réaction à la pression qu'ils se mettent et que les autres appliquent sur eux ainsi que

dans l'optique de rattraper le temps perdu. Il a d'ailleurs été identifié dans une étude de Chen *et al.* (2019) que les individus n'étant pas retournés à leur vie professionnelle après le cancer présentaient un bien-être social et un bien-être émotionnel nettement moins élevés que ceux des individus qui y étaient retournés.

Toutefois, ce processus de retour au travail ou aux études est complexe. Il comporte de nombreux problèmes et beaucoup de facteurs y interfèrent. Parmi ceux-ci, il y a le soutien perçu, la qualité des relations au travail, la détresse psychologique, les séquelles laissées par le cancer et les accommodements offerts par l'employeur (Amir et Brocky, 2009 ; Gudbergsson *et al.*, 2008 ; Rasmussen et Elverdam, 2008 ; Spelten *et al.*, 2003 ; Steiner *et al.*, 2008 ; Tamminga *et al.*, 2010 ; van Egmond *et al.*, 2016 ; Yarker *et al.*, 2010).

Plusieurs JAC rapportent que le processus de retour au travail est une épreuve difficile pour eux. En effet, ils affirment que le fait de retourner au travail leur a occasionné une détresse se manifestant par l'augmentation de leur anxiété, la diminution de leur sentiment d'efficacité personnelle ainsi que l'augmentation de leurs sentiments dépressifs (Duijts *et al.*, 2014 ; Yu *et al.*, 2012). En plus, dans certaines études, les JAC rapportent qu'ils auraient eu besoin d'obtenir plus d'information sur le sujet du processus de retour au travail (Amir *et al.*, 2008 ; Nachreiner *et al.*, 2007 ; Yu *et al.*, 2012). Enfin, ils mentionnent également avoir ressenti le besoin d'obtenir un soutien psychosocial en lien avec le processus de retour au travail. D'ailleurs, plusieurs d'entre eux avouent être retournés au travail trop rapidement et que cela ait affecté négativement leur qualité de vie au travail (Amir *et al.*, 2008 ; Nachreiner *et al.*, 2007 ; Yu *et al.*, 2012). Parfois ces limites ou changements chez le JAC sont si importants qu'il est dans l'obligation de considérer des changements dans les tâches de son emploi ou ses études et, dans certains cas, un changement total d'emploi ou une réorientation professionnelle (D'Agostino *et al.*, 2011 ; Zebrack *et al.*, 2010).

Des associations ont été trouvées entre troubles anxieux (troubles d'anxiété sociale, etc.) et difficultés professionnelles après un cancer (Evan et Zelter, 2006). De surcroît, d'autres problèmes d'ordre émotionnel tels que la dépression, l'anxiété et l'épuisement professionnel peuvent se produire chez les JAC. Cela est intimement relié à la pression de rattraper le temps perdu et à la pression sociale reliée à leur âge (D'Agostino *et al.*, 2011 ; Rabin *et al.*, 2013 ; Taskila *et al.*, 2011).

## 1.6 Importance du soutien social dans le retour au travail/études

Plusieurs formes de soutien peuvent être utiles et nécessaires pour les JAC dans leur processus de retour au travail/études : (1) le soutien des proches et amis ; (2) le soutien des employeurs et collègues et (3) le soutien professionnel (p. ex. psychologue, travailleur social, conseiller d'orientation, etc.) (Zebrack, 2011).

### 1.6.1 Soutien de la part des collègues et supérieurs

Le succès du retour à la vie professionnelle après le cancer dépend de nombreux facteurs, dont plusieurs sont en lien avec le milieu de travail ou d'études. Notamment, on pense à la qualité de la relation avec l'employeur, les accommodements offerts au travail/dans les études, la flexibilité du milieu de travail/études et de l'employeur ainsi que sa compréhension et le soutien qu'il prodiguera au JAC (Bouknight *et al.*, 2006 ; Spelten *et al.*, 2002). D'ailleurs, dans une étude sur le sujet, les survivants du cancer ont mentionné trois facteurs aidants dans ce processus de retour au travail : (1) garder une communication avec le superviseur durant l'arrêt de travail ; (2) planifier un plan de retour au travail avec leurs supérieurs avant le retour et (3) avoir accès à des

accommodements de la part de l'employeur tels qu'une flexibilité dans l'horaire de travail au moment de reprendre le travail (Caron *et al.*, 2018). Ce dernier facteur a d'ailleurs été aussi identifié dans une autre étude où les participants avaient le contrôle sur le nombre d'heures travaillées et sur la quantité de tâches à abattre (Greenwald *et al.*, 1989).

### 1.6.2 Soutien conjugal et familial

Dans une recension des écrits portant sur le retour au travail après une maladie chronique, il semble que le soutien social joue un rôle important dans ce processus. En effet, dans une étude qualitative de Holmgren et Ivanoff (2004), portant sur le retour au travail de femmes ayant arrêté le travail pour maladie, les participantes interrogées rapportent que le soutien social reçu de la part des membres de la famille leur avait été capital pour bien se réintégrer au travail. De surcroît, certaines études ont identifié que le fait de percevoir du soutien social et plus particulièrement de la part du conjoint contribuait à faciliter la transition, à réduire l'anxiété ainsi qu'à diminuer la détresse psychologique durant le processus de retour au travail (Torp *et al.*, 2011 ; Zebrack, 2011). Parmi ces études, une recension des écrits portant sur l'arrêt de travail à la suite d'une lésion de la moelle épinière rapporte que les individus recevant un soutien conjugal avaient un retour au travail plus positif que les personnes qui n'en recevaient pas de leur conjoint ou qui étaient célibataires (Anderson *et al.*, 2007).

Bien qu'à ce jour aucune étude n'ait porté sur le soutien conjugal dans le cadre du retour au travail après un cancer, plusieurs recherches se sont penchées sur le soutien conjugal reçu par les patients atteints d'un cancer. L'étude de Manne *et al.* (2012) montre que le soutien conjugal joue un rôle important dans l'adaptation psychosociale au cancer et réduit la détresse psychologique qui peut en découler.

Dans une autre étude, les résultats indiquent que la résilience des patients à la suite des traitements contre le cancer était meilleure lorsqu'il y avait présence d'une proximité dans le couple et que le partenaire était soutenant (Sormanti et Kayser, 2000). Les auteurs de cette étude ont établi que les interventions psychosociales à l'intention des patients atteints du cancer devraient offrir une composante encourageant la communication et le soutien dans le couple. Les auteurs ont aussi mis en lumière que le soutien conjugal a un effet médiateur sur la résilience et conséquemment, sur l'effet des séquelles laissées par le cancer (Banthia *et al.*, 2003 ; Sormanti et Kayser, 2000). Ainsi, dans ces études, les individus atteints d'un cancer qui éprouvaient une détresse émotionnelle de type anxiété ou dépression avaient vu cette détresse réduite par la présence d'une bonne communication avec le partenaire et d'un soutien conjugal (Kamen *et al.*, 2015 ; Manne *et al.*, 2012 ; Sormanti et Kayser, 2000).

Lorsque le cancer et les étapes suivant l'annonce du diagnostic sont affrontés par le patient et son conjoint, il est plus facile de s'ajuster à la maladie et à ses effets, ainsi que de prendre des décisions (Banthia *et al.*, 2003). En effet, les capacités à s'adapter ainsi que les stratégies d'adaptation (résolution de problèmes, prise de décision, etc.) des individus sont connues pour être liées à la qualité de vie du patient, reliée à sa santé. Lorsque ce dernier est accompagné et soutenu par un conjoint, ces stratégies s'en trouvent améliorées (Banthia *et al.*, 2003).

Notons que dans plusieurs de ces études, les participants atteints du cancer ont rapporté avoir senti que leur relation avec le partenaire s'était améliorée à la suite du cancer, constatant d'une meilleure cohérence émotionnelle entre eux. Entre autres, une participante rapporte : « cela nous a rendus encore plus profondément amoureux, plus engagés » (Sormanti et Kayser, 2000). Les partenaires semblent apporter plusieurs formes de soutien à leur conjoint durant l'épreuve du cancer et de ses traitements. Notamment, les participants à certaines études rapportent quatre formes principales de



soutien reçu de leur conjoint : (1) un soutien émotionnel se traduisant par une grande sensibilité de l'autre à l'égard des besoins émotionnels ; (2) un soutien matériel se concrétisant principalement par une aide à accomplir les tâches domestiques et un soutien financier ; (3) un soutien médical entourant les tâches à accomplir en ce qui a trait aux suivis médicaux et aux traitements (appels, accompagnement aux visites médicales, gestion de la médication, etc.) et (4) une présence physique faisant en sorte que le partenaire n'ait pas à effectuer de tâches particulières, mais simplement être présent auprès de son conjoint malade. Ce qui semblait représenter, en soi, un soutien notable (Sormanti et Kayser, 2000).

L'opposé semble également vrai. C'est-à-dire que lorsque le soutien du partenaire amoureux est absent ou inadéquat, l'expérience du cancer peut mener le couple à une séparation. Dans une étude portant sur le sujet, les patients atteints du cancer ont environ le même taux de séparation que dans une population normale (soit 11,6 %). Néanmoins, la découverte intéressante de ces chercheurs est celle de constater que lorsque le patient atteint du cancer est l'homme dans le couple, seulement 2,9% de ces couples se séparent, alors que lorsque la partenaire est la femme, le taux de séparation grimpe à 20,8 % (Fred Hutchinson Cancer Research Center, 2009). Les auteurs mentionnent que cela pourrait être attribuable au fait que les femmes seraient plus enclines à s'engager à devenir proches aidantes durant la maladie que les hommes ainsi qu'elles seraient mieux habilitées à maintenir les tâches du foyer durant la maladie de leur partenaire (Fred Hutchinson Cancer Research Center, 2009).

### 1.7 Image de soi, identité et sentiment d'efficacité

Les séquelles laissées par le cancer et ses traitements, qui ont été abordées plus haut, affectent significativement la confiance et l'image de soi des JAC (Evan et Zelter,

2006). Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle des JAC est souvent affecté par l'arrêt du travail/études durant plusieurs mois ou années, mais également parce que plusieurs JAC perdent des capacités telles que de la force musculaire ou de la mobilité, ce qui les amène à devoir réduire certaines tâches, en arrêter d'autres voire parfois à changer complètement d'emploi (Duijts *et al.*, 2014).

Les JAC qui sont contraints d'arrêter le travail/études font face à une perte de leur identité et rôle social (Amir *et al.*, 2008 ; Rasmussen et Elverdam, 2008). Comme le quotidien change entre la vie normale et la vie durant un arrêt de travail pour les traitements contre le cancer, cela fait en sorte que les JAC se sentent coupés du reste du monde, qu'ils perdent leurs points de repère et leur routine habituelle. De ce fait, ils rapportent s'ennuyer et ne pas savoir comment occuper leur temps au quotidien (Clinton-McHarg *et al.*, 2010 ; Spelten *et al.*, 2003).

Le fait d'occuper un travail ou de poursuivre un programme d'études est symbole de « normalité » aux yeux de certains JAC (Zebrack, 2009). Ainsi, puisque plusieurs JAC se voient contraints de cesser le travail à cause des traitements, ils s'en sentent démunis, tristes et inutiles. De plus, le fait que leur santé soit fragilisée par le cancer représente des capacités et des performances réduites au travail/études (Rasmussen et Elverdam, 2008).

De plus, avoir un cancer à un si jeune âge peut représenter le fait de devoir passer le reste de sa vie avec l'étiquette de survivant au cancer (D'Agostino *et al.*, 2011 ; Duijts *et al.*, 2014 ; Munir *et al.*, 2007 ; Nitkin *et al.*, 2011). Cette étiquette peut faire en sorte que ceux qui la portent soient victimes de préjugés et de discrimination. Lorsque c'est le cas au sein de l'environnement de travail/études, cela peut avoir un effet considérable sur l'estime personnelle, la qualité de vie reliée à la santé et les relations sociales du JAC (Nitkin *et al.*, 2011).

## 1.8 Qualité de vie reliée à la santé et bien-être

La qualité de vie reliée à la santé et le bien-être psychologique et social des JAC sont fortement affectés par la maladie, les séquelles laissées par les traitements ainsi que les arrêts développementaux et professionnels qui en découlent. Dans des études portant sur la qualité de vie reliée à la santé, même après deux ans à la suite du diagnostic du cancer, les patients atteints du cancer obtenaient des résultats largement inférieurs à ceux des individus en santé (Le Corroller-Soriano *et al.*, 2006). D'ailleurs, près de 75% des patients atteints du cancer rapportent conserver les effets néfastes susmentionnés après les traitements (Blasi *et al.*, 2011). Il s'agit donc d'une réalité incontournable des JAC et à cause de cela, ceux-ci tendent à se sentir différents après le cancer. Ils rapportent ne plus se sentir eux-mêmes ainsi que se sentir différents des autres, cela affectant leur estime et leur image de soi (Parsons *et al.*, 2008).

Pour plusieurs, le cheminement professionnel (que ce soit le travail ou les études) permet de suivre une routine et un cadre à leurs journées, chose qu'ils perdent lors d'un arrêt. Il aide également à acquérir en autonomie, permet de définir son sens de l'identité ainsi que d'établir des contacts sociaux avec les autres (p. ex. avec les collègues) (Rasmussen et Elverdam, 2008). Ainsi, lorsqu'un JAC se trouve dans l'incapacité de retourner à sa vie professionnelle après les traitements, plusieurs effets négatifs en découlent et son identité, sa vie sociale et son estime de soi s'en trouvent fortement affectées (Blasi *et al.*, 2011).

Pour les personnes atteintes d'une maladie grave, le fait d'être capable de travailler se retrouve en tête de liste des priorités, étant classé comme le 3<sup>e</sup> aspect le plus important en matière de qualité de vie reliée à la santé (Bowling, 1995). D'ailleurs, selon certaines études, le fait de retourner au travail/études serait associé à une meilleure qualité de vie

fonctionnelle, psychosociale et émotionnelle, représentant pour plusieurs, un retour à la normalité, à la vie sans cancer (Blinder *et al.*, 2012 ; Engel *et al.*, 2003). Néanmoins, puisque les JAC ont changé durant la maladie et les traitements, ils tendent à accorder une tout autre importance et un autre sens à leur vie professionnelle, priorisant souvent leur santé, leur bien-être ainsi que leurs relations avec les proches (Blasi *et al.*, 2011).

### 1.9 Besoins psychosociaux des JAC dans le cadre du retour au travail/études

Selon une étude, 50% des besoins psychosociaux des JAC restent non comblés durant leur processus de retour au travail (Zebrack, 2009). Ainsi, durant cette étape, les JAC peuvent faire l'expérience d'une réduction du bien-être ou ressentir une détresse psychologique (anxiété, tristesse, découragement, etc.). Plus précisément, selon l'étude de Zebrack *et al.* (2006), les besoins psychosociaux des JAC se classent en quatre catégories : (1) besoin d'un soutien pour gérer la période d'après-traitement ; (2) besoin d'avoir des interactions avec d'autres JAC ; (3) besoin d'exprimer les émotions qu'ils ressentent par rapport au cancer et (4) besoin d'un retour à une vie normale.

Le premier besoin des JAC est celui de recevoir du soutien de la part des collègues. En effet, pour les JAC, il semble qu'être soutenu lors du retour au travail/études facilite ce processus (Zebrack *et al.*, 2006). Ils rapportent ressentir le besoin d'être accompagnés vers le rétablissement de leurs interactions et relations sociales (Ramphal *et al.*, 2016). Être accompagnés durant cette étape et recevoir du soutien est un important besoin des JAC.

Avant d'aborder le deuxième besoin mentionné par Zebrack *et al.* (2006), précisons ce qu'implique la gestion des attentes du JAC face à lui-même ainsi que celles des autres, dans le cadre du retour au travail/études. À la suite d'un arrêt de travail ou des études,

plusieurs JAC prennent du retard sur leur trajectoire professionnelle et sur leurs objectifs initiaux. Ils prennent aussi du retard par rapport à leurs collègues qui ont continué de progresser durant leur absence. Cela applique une pression sur les JAC qui cherchent à justifier ou rattraper ce retard (de Boer, 2014 ; Taskila *et al.*, 2011). Ainsi, comparativement aux autres populations atteintes du cancer, les JAC se mettent une pression additionnelle pour retourner au travail le plus vite possible pour rattraper le temps perdu, regagner en autonomie et subvenir aux besoins de la famille (Amir *et al.*, 2008 ; Nachreiner *et al.*, 2007). Il appert donc capital qu'ils acquièrent des habiletés à gérer leurs propres attentes.

De plus, les collègues et supérieurs ont des exigences envers les JAC quant à leur productivité, que ce soit pour rattraper ce retard ou se surpasser au même niveau qu'ils le faisaient précédemment (Amir *et al.*, 2008 ; D'Agostino *et al.*, 2011 ; Nachreiner *et al.*, 2007). Toutefois, certains JAC ne recouvrent pas leurs fonctions comme avant et il peut devenir impossible de se surpasser ou de rattraper le retard (D'Agostino *et al.*, 2011). Les JAC ont donc un besoin d'apprendre des habiletés les aidant à composer avec les attentes des autres (résolution de problèmes, communication, limites, etc.).

La gestion de la santé est aussi un aspect appliquant une pression sur les JAC dans le cadre de leur travail/études. En effet, à la suite d'un cancer, de nombreux suivis sont requis et ces rendez-vous font en sorte que les JAC doivent s'absenter du travail. Ainsi, il s'agit d'un autre défi et il leur faudra expliquer la raison de leur absence, prendre congé et gérer les jugements des collègues ou supérieurs à leur égard (Pryce *et al.*, 2007 ; Steiner *et al.*, 2008). Enfin, les JAC ont le défi d'avoir à se rendre à ces suivis médicaux durant de longues années, étant jeunes lors du diagnostic et ayant des effets secondaires sur une longue période. Cela est problématique pour eux puisqu'ils sont en début de carrière et essayent de s'établir comme étant efficaces et productifs.

Revenons à Zebrack et ses 4 besoins psychosociaux. Le deuxième besoin dont l'auteur fait mention est relié au fait que les JAC rapportent se sentir seuls et isolés durant leur arrêt de travail. Ainsi, ils déclarent avoir le besoin d'entrer en contact avec d'autres personnes ayant vécu une expérience similaire à la leur. D'une part, pour partager des informations utiles entre eux et d'autre part, pour se sentir entendus et compris, comme seul un individu ayant vécu une expérience similaire peut le faire (Zebrack *et al.*, 2006). Selon cette étude de Zebrack *et al.* (2006), les JAC rapportent même qu'être en contact avec d'autres JAC est plus important, à leurs yeux, que de recevoir du soutien de la part de leurs proches.

Le troisième besoin rapporté par Zebrack *et al.* (2006) est celui de pouvoir exprimer leurs émotions reliées au cancer. En effet, les JAC rapportent faire l'expérience de nombreuses émotions négatives ainsi que leur cancer est un sujet délicat sur lequel ils se sentent inconfortables de partager. Ainsi, ils rapportent avoir le besoin de pouvoir exprimer leurs sentiments, par exemple, d'avoir la chance de verbaliser leur rage, leur découragement ou leur tristesse.

Finalement, toujours selon Zebrack *et al.* (2006), le quatrième besoin des JAC est celui de retrouver une vie normale le plus rapidement possible. En effet, après avoir vécu une telle période de changements et d'épreuves, les JAC ont le besoin de revenir à la normale (Brimeyer, 2012 ; Feuerstein, 2007 ; Kennedy *et al.*, 2007; Tamminga *et al.*, 2010 ; Yarker *et al.*, 2010 ; Zebrack, 2009). Le fait de ne plus pouvoir occuper leur temps avec les tâches quotidiennes reliées au travail/études leur fait se sentir inutiles et leur laisse l'impression d'être isolés. Ils ressentent une forte envie et une pression (financière, temporelle, etc.) de retourner à une vie normale le plus rapidement possible.

Finalement, un besoin important pour les JAC est celui d'avoir recours à des interventions psychologiques facilement accessibles (p. ex. sur Internet) (Stanton,

2012). Tel que précédemment mentionné, 84% des communications des JAC s'effectuent par voie électronique. Ainsi, l'accès à des soins psychologiques offerts dans cette même modalité semble un aspect important pour cette population (Rabin *et al.*, 2013).

Un problème majeur auquel les JAC sont confrontés actuellement est le fait qu'il n'y a pas d'intervention visant à les accompagner, les guider et les outiller face à ce processus anxiogène et complexe. Ils doivent donc se rabattre sur des programmes d'intervention de type réadaptation qui sont peu adaptés à leur réalité ni au retour au travail ou aux études et, de surcroît, qui sont mises sur pied pour une population d'individus atteints du cancer qui se situe dans une moyenne d'âge de 60 ans (Ferrari *et al.*, 2010).

Dans l'étude de D'Agostino *et al.* (2011), les JAC ont trois besoins précis en matière d'intervention pour le retour au travail/études après le cancer : (1) des conseils et un soutien professionnel afin d'établir des objectifs professionnels réalistes ; (2) une guidance et un soutien pour la recherche d'emploi et (3) une assistance afin d'exprimer leurs besoins d'accommodements dans le milieu de travail ou des études. Afin d'aider les JAC à obtenir un certain succès dans le cadre de leur retour au travail/études, il est essentiel qu'il leur soit fourni un soutien pratique au cours du processus. Cela leur permettra de retrouver un sens de la normalité ainsi que d'améliorer leur bien-être (D'Agostino *et al.*, 2011).

En ce qui a trait aux composantes de l'intervention à mettre sur pied pour les JAC, quatre ingrédients reviennent dans plusieurs études : (1) fournir un soutien psychosocial aux JAC durant le processus de retour ainsi que des outils pour gérer les émotions et regagner en efficacité ; (2) fournir des ressources pour entrer en contact avec d'autres JAC ; (3) fournir des techniques pour exprimer leurs émotions et gérer les relations sociales au travail/études et (4) faire en sorte que le processus respecte une progression n'entravant pas le bon déroulement de leur retour au travail (Amir *et al.*,

2008 ; Amir *et al.*, 2009 ; Pryce *et al.*, 2007 ; Tamminga *et al.*, 2010 ; van Egmond *et al.*, 2016 ; Yu *et al.*, 2012). Enfin, pour aborder les défis spécifiques aux JAC, il importe que ces trois thèmes soient abordés : (1) gestion des séquelles et effets secondaires physiques et psychologiques engendrés par le cancer ; (2) gestion des relations au travail/études après le cancer et (3) gestion des attentes de soi-même et des autres après le retour au travail (Mathews-Bradshaw *et al.*, 2011 ; Torp *et al.*, 2011 ; Zebrack *et al.*, 2006).

#### 1.10 Objectif de l'étude

Le présent projet de recherche doctorale est une étude pilote ayant mis sur pied une intervention propre aux JAC et à leur réalité spécifique. Puisque l'intervention visait à fournir des outils et stratégies aux participants, afin de les accompagner durant leur processus de retour, le but de l'étude était donc d'évaluer le degré de satisfaction des participants face à cette intervention. Cet objectif étant poursuivi afin de montrer l'efficacité de l'intervention, mais également pour relever les suggestions d'amélioration de l'intervention par les participants. Ainsi, le niveau de satisfaction des participants par rapport à l'intervention était à l'étude dans le projet. L'étude visait également à mesurer les niveaux d'anxiété et de qualité de vie de différentes dimensions de vie des participants avant et après l'intervention.



## CHAPITRE 2

### ARTICLE

[Soumis à la revue Science et Comportement en septembre 2021, pour l'édition 2022]

Article rédigé par : Véronique Ménard, Sylvie Aubin, Gilles Trudel, Gilles Dupuis et Marie-Anne Oligny (2021).

#### INTERVENTION AUPRÈS DE JEUNES ADULTES ATTEINTS DU CANCER POUR UN RETOUR AU TRAVAIL/ÉTUDES RÉUSSI

Dans ce chapitre, l'article scientifique est présenté. Il offre un aperçu du contexte théorique, en plus de présenter les objectifs, les questions de recherche, la méthode et les questionnaires adoptés dans l'étude. Les données obtenues aux entrevues post-intervention, aux questionnaires pré et post, ainsi que les réponses à développement des participants sont brièvement présentées. Enfin, une discussion vient éclairer les résultats et elle est suivie de quelques recommandations pour les futures études sur le sujet.

## INTRODUCTION

Au Canada, le cancer demeure la plus importante cause de décès. Vingt-cinq personnes reçoivent un diagnostic de cancer toutes les heures, ce qui représente plus de 220 000 individus diagnostiqués chaque année. Parmi eux, plus de 18 000 personnes sont des jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans (Statistique Canada, 2019). Dans cette étude, les jeunes adultes atteints d'un cancer (JAC), entre l'âge de 18 et 39 ans sont étudiés. Cela en est ainsi car les JAC se distinguent de certaines autres populations atteintes du cancer (D'Agostino *et al.*, 2011 ; Zebrack, 2011). La proportion de JAC survivant au cancer augmente chaque année, atteignant un taux de survie de plus de 85% (Statistique Canada, 2015). Alors que le nombre de survivants ne cesse d'augmenter, 85% de ces survivants font face à un arrêt de travail pour la période des traitements (Nitkin *et al.*, 2011). Parmi eux, plusieurs retournent au travail à la suite des traitements. Selon la revue de la recension des écrits de Stone *et al.* (2017), 63% des JAC continuent de travailler durant les traitements du cancer ou y retournent tout de suite après les traitements.

Plusieurs séquelles restent après ces traitements. Parmi celles-ci, la diminution des fonctions cognitives, la perte de mobilité, la fatigue ainsi que les séquelles visibles sont celles qui affectent le plus le travail/études, et représentent un défi pour les JAC (Duijts *et al.*, 2014). Les JAC présentent un risque accru de développer ces séquelles, comparativement aux autres populations (Fernandez *et al.*, 2011). De plus, les JAC font souvent face à une perte d'emploi, à des changements dans les responsabilités et à la perte de capacités (Zebrack, 2011).

Les JAC affrontent des défis, reliés à leur âge et à leur stade de développement (Ramphal *et al.*, 2016). Il y a trois types de défis importants vécus par les JAC : (1) leur développement de jeune adulte est interrompu à cause du cancer et des traitements (Ramphal *et al.*, 2016) ; (2) ils vivent avec des séquelles laissées par le cancer et les traitements durant de longues années (Yabroff *et al.*, 2012) et (3) ces séquelles, ainsi que l'arrêt développemental affectent la capacité à travailler et le sentiment d'efficacité. Les JAC devront vivre avec la peur d'une récurrence pour le reste de leur vie (Ouellette *et al.*, 2016).

Dans la présente étude, trois jalons développementaux sont étudiés : (1) l'importance d'établir et maintenir des relations sociales ; (2) le développement de l'identité, de l'autonomie et de l'efficacité personnelle et (3) l'atteinte d'objectifs reliés à la carrière.

Sur le plan des relations sociales, la recension des écrits montre qu'elles sont d'une grande importance pour les jeunes adultes durant le développement, et le manque de soutien social a un effet significatif sur l'apparition de symptômes anxieux et dépressifs (Close *et al.*, 2019).

Pour l'autonomie et l'identité, le développement du jeune adulte inclut le besoin de développer l'indépendance et le sentiment d'efficacité personnelle. Cela se définit par la capacité d'accomplir des tâches, d'atteindre des buts et le fait d'être en contrôle sur l'environnement et sur soi-même (Bandura, 1977). Ces sentiments exigent que les jeunes se surpassent sans cesse.

D'un point de vue psychosocial, l'arrivée de l'âge adulte est une étape importante du développement pour l'établissement de la carrière, de l'identité et de l'autonomie des

JAC. Le fait d'arrêter le travail ou les études durant la période des traitements représente un risque en matière d'anxiété et une baisse du sentiment d'efficacité au travail. Ces difficultés psychologiques sont non seulement reliées à l'interruption du travail, mais au retard de l'entrée sur le marché du travail et à la perte d'autonomie (D'Agostino *et al.*, 2010 ; Zebrack, 2011). Cette interruption développementale entraîne des difficultés à garder un emploi, à avoir des relations interpersonnelles stables, ainsi qu'à poursuivre les objectifs professionnels (Close *et al.* 2019). Le retour au travail est aussi un facteur favorisant l'amélioration de l'estime de soi, du bien-être de l'identité (Torp *et al.* (2012)).

L'atteinte d'objectifs professionnels est donc retardée chez les JAC à cause de l'arrêt du développement entraînée par le cancer et ses traitements. Cela entraîne une baisse de productivité au travail et une perte d'efficacité (Ekwueme *et al.*, 2014). Les problèmes psychosociaux des JAC sont exacerbés par des facteurs de stress, par des exigences trop hautes de la part d'eux-mêmes et des autres, ainsi que par des relations professionnelles de piètre qualité (Bartolo *et al.*, 2018). L'arrêt du travail/études cause un sursis dans l'atteinte des objectifs, ceci ayant un effet sur la qualité de vie reliée à la santé, entraînant un retard dans l'atteinte d'autonomie et une dégradation de l'image de soi (Mathews-Bradshaw, 2011). Les JAC vivent des sentiments dépressifs et des difficultés professionnelles après le cancer. Un soutien professionnel en ligne pourrait ainsi améliorer l'expérience des JAC dans leur retour au travail/études (Love *et al.*, 2012).

Suivant les difficultés susmentionnées, les JAC semblent avoir quatre types de besoins : (1) le besoin de recevoir du soutien psychosocial personnel et professionnel ; (2) le désir de retourner à une vie dite « normale » le plus rapidement possible ; (3) le besoin de s'exprimer et se sentir compris quant à la détresse découlant du cancer et de ses

répercussions et (4) le désir d'être en contact avec d'autres JAC pouvant comprendre leur réalité (Zebrack *et al.*, 2006).

Ainsi, pour beaucoup de JAC, le fait de retourner au travail/études signifie souvent la fin de la maladie ou le retour à une normalité (Nachreiner *et al.*, 2007). De ce fait, trouver des moyens pour réduire la durée de cet arrêt semble important pour diminuer l'anxiété et la détresse des JAC (Guy *et al.*, 2014). De plus, le soutien psychosocial reçu par les JAC dans le milieu de travail aurait un effet sur le succès vécu dans le processus de retour au travail (Armaou *et al.*, 2018).

Des interventions spécifiques aux JAC existent, mais aucune n'aborde précisément le sujet du retour au travail/études ou ne le fait que brièvement. C'est le cas de l'intervention dans l'étude de Roberts *et al.* (1997). Les JAC doivent faire appel à des programmes d'intervention non spécifiques à leur réalité et qui sont mis sur pied pour une population d'individus atteints du cancer se situant dans une moyenne d'âge de 60 ans (Ferrari *et al.*, 2010). D'autres interventions spécifiques au retour au travail après le cancer existent (p. ex. de Boer *et al.*, 2013), cependant celles-ci ne ciblent pas spécifiquement les besoins précis des JAC.

La revue systématique de Stone *et al.*, 2017, portant sur le retour au travail des JAC, avec les moteurs de recherche *PubMed*, *CINAHL* et *PsychINFO* et les mots-clés : jeunes adultes atteints du cancer, survivants du cancer à long terme et jeunes adultes affectés par le cancer [traduction libre] ainsi que les termes : emploi et travail [traduction libre] a révélé un manque d'information, quant au processus de retour au travail chez les JAC. Comme suggestion, les auteurs mentionnent que pour réduire les sentiments dépressifs et améliorer la qualité de vie reliée à la santé des JAC, des interventions et des études précises sur le sujet doivent être conduites.

À notre connaissance, aucune intervention n'existe pour accompagner les JAC dans leur processus de retour au travail/études. Les JAC ont un besoin important d'intervention et de soutien qui les préparera, les guidera et les aidera à gérer leur retour au travail/études. Plus précisément, ils ont besoin d'une intervention peu coûteuse, accessible, qui cible spécifiquement les défis reliés à leur situation et qui considère leurs développements et besoins spécifiques (Aubin *et al.*, 2019).

## 2.1 Développement de l'intervention

Le contenu et les modalités cliniques de l'intervention ont été conçus par D<sup>re</sup> Sylvie Aubin, psychologue. Deux sources principales d'information ont servi à ériger les fondations théoriques et cliniques de l'intervention. Premièrement, les résultats d'études cliniques portant sur des interventions spécifiques aux JAC et les modalités cliniques auxquelles les JAC répondent le mieux ont été utilisés (Rabin *et al.*, 2013). Puis, de manière encore plus importante, l'intervention a été mise sur pied suivant les résultats et recommandations provenant de JAC ayant participé à une étude pilote qui offrait une intervention brève sur Internet (Aubin *et al.*, 2019). Les recommandations les plus importantes pointaient vers le besoin d'interventions psychosociales portant spécifiquement sur le retour au travail des JAC.

Deuxièmement, l'intervention a été conçue en fonction des recommandations d'experts dans le domaine des interventions portant sur le retour au travail pour les populations de personnes atteintes du cancer. Plus particulièrement leurs recommandations ont été suivies en lien avec les problèmes les plus importants à considérer ainsi que les stratégies d'intervention à inclure (Duijts *et al.*, 2014 ; Nachreiner *et al.*, 2007).

## 2.2 Modalités cliniques de l'intervention

La conception des modalités de l'intervention en termes de stratégies, de nombres de séances, d'espacement entre les séances et de standardisation a également suivi les recommandations principales des auteurs dominants en la matière. Plus spécifiquement, l'approche clinique et les stratégies thérapeutiques ont été sélectionnées suivant les résultats empiriques découlant d'interventions psychosociales rendues à une population d'individus en oncologie. Concernant le choix de format, la vidéoconférence a été choisie par rapport à des résultats hauts en satisfaction et faibles en attrition dans le cadre d'une étude pilote de D<sup>re</sup> Aubin en 2019. Le fait de conduire les séances en ligne, sur Internet, découle des récentes recommandations à propos de l'utilisation d'Internet dans le cadre d'interventions psychosociales dédiées à des populations très spécifiques telles que les JAC. Enfin, le fait que les JAC soient des jeunes adultes faisant usage et ayant une facilité à utiliser les communications électroniques a joué un rôle important dans le choix de cette modalité.

D<sup>re</sup> Aubin a été assistée dans la rédaction et l'édition des manuels utilisés en séance d'intervention par Véronique Ménard et Marie-Anne Oigny. Enfin, Véronique Ménard a également développé une version audio des manuels.

## 2.3 Objectif de l'intervention

L'intervention a été conçue dans l'objectif d'aider les JAC à développer des stratégies et habiletés spécifiques facilitant leur processus de retour au travail/études.

## 2.4 Objectif de cette étude

Cette étude pilote vise à évaluer le niveau de satisfaction des JAC face à une intervention conçue pour le processus de retour au travail/études. Elle vise aussi à recueillir les suggestions et à déterminer les éléments les plus et les moins appréciés. L'étude a aussi l'objectif de mesurer les niveaux d'anxiété et de bien-être des participants avant et après avoir reçu l'intervention.

## MÉTHODE

## 2.5 Participants

Les participants ont été recrutés par des affiches au département d'oncologie de l'Hôpital Général Juif de Montréal. Des annonces ont été publiées en ligne sur des groupes Facebook (p. ex. Groupe Facebook Cancer jeunes adultes 18-39). Les participants ont été contactés pour une entrevue téléphonique visant à expliquer le déroulement de l'intervention et à déterminer leur éligibilité.



## 2.6 Critères d'inclusion/exclusion

Les participants devaient habiter au Canada, âgés de 18 à 39 ans, avoir reçu le diagnostic de cancer entre 18 et 39 ans et recevoir encore des traitements ou les avoir terminés depuis moins d'un an. Ils devaient être en processus de retour au travail/études – soit être en recherche d'emploi active, inscrits à un programme scolaire, avoir intégré un nouvel emploi ou réintégrer leur ancien – ou avoir le désir de le faire dans l'année à venir. Ils devaient s'engager pour une durée de 12 semaines et être en mesure de lire ou écouter les manuels en français, et avoir accès à Internet pour assister aux séances d'intervention. Une brève évaluation était conduite afin d'exclure les participants qui recevaient des soins psychologiques plus d'une fois par mois, ceux qui avaient déjà obtenu un diagnostic de trouble psychologique à l'Axe I ou à l'Axe II (APA, 2013, *DSM-IV-TR*) et ceux aux prises avec des limitations sévères ou handicaps découlant du cancer ou des traitements (p.ex. handicaps faisant en sorte que le patient ne puisse plus retourner au travail). Lors de cette évaluation, le questionnaire PHQ-9 (voir Annexe C) était utilisé et lorsqu'un participant dépassait le résultat maximal autorisé, il était ainsi exclu.

Parmi les participants recrutés au début ( $n = 15$ ) (voir Diagramme 1), deux participants se sont avérés non éligibles soit à cause d'un diagnostic psychologique, soit parce qu'ils étaient en psychothérapie, à raison de plus d'une fois par mois. Des participants admissibles ( $n = 13$ ), un certain nombre a refusé d'intégrer le programme ( $n = 7$ ), soit parce qu'ils avaient repris le travail ( $n = 2$ ) ou parce qu'ils n'ont plus répondu aux rappels ( $n = 5$ ). Les participants restants ( $n = 6$ ) ont intégré le programme. De ces six participants, une a quitté l'intervention et l'étude s'est ainsi terminée avec cinq participants.

## 2.7 Procédures

Après le recrutement, les participants ont reçu un lien vers le site Internet *LimeSurvey*. Avant de répondre au questionnaire démographique et aux quatre questionnaires standardisés, ils devaient lire et signer le formulaire de consentement (approuvé par le comité de déontologie institutionnelle le 22/03/2018 – voir Annexe A). Un lien vers un site web, hébergeant les manuels était ensuite envoyé par courriel. Une semaine après, l'intervenante communiquait par courriel avec les participants pour choisir une date de première séance. Après la séance #1, les participants recevaient le lien pour la séance #2 et ainsi de suite jusqu'à la séance #6 et cela, une fois toutes les deux semaines. À la fin, les participants remplissaient les quatre mêmes questionnaires et étaient appelés par un auxiliaire de recherche pour l'entrevue téléphonique post-intervention.

## 2.8 Déroulement de l'intervention

L'intervention consistait en un programme de six séances individuelles, d'une durée de 60 minutes et offertes en vidéoconférence. Les séances étaient prévues toutes les deux semaines pour laisser le temps aux participants de faire les lectures. En termes de déroulement, durant les séances, l'intervenante suivait un protocole de questions, afin de savoir si les participants avaient fait les lectures et les exercices et pour collecter leurs commentaires (p.ex. émotions vécues durant les exercices, incompréhensions). À la 6<sup>e</sup> séance, seul un manuel récapitulatif du programme était envoyé, suivi d'une séance en vidéoconférence. (Voir Figure 2.2 pour le contenu des séances).

## 2.9 Mesures

Un questionnaire sociodémographique était d'abord administré. Puis, des questionnaires standardisés étaient passés en pré et post-intervention. Le choix des mesures a été basé sur les objectifs de l'étude, soit des mesures portant sur l'anxiété ainsi que sur le bien-être physique, familial, social, émotionnel et fonctionnel. Une entrevue semi-structurée, portant sur l'efficacité et la satisfaction des participants par rapport à l'intervention, était conduite par téléphone, en post-intervention.

### 2.10 Questionnaire sociodémographique

Ce questionnaire a été conçu par D<sup>re</sup> Aubin et contenait six types de questions : (1) sociodémographiques ; (2) santé physique et mentale ; (3) travail/études; (4) soutien financier (2 questions) ; (5) le soutien des autres quant au retour au travail/études et (6) l'expérience de retour au travail/études.

### 2.11 Questionnaire *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

Le HADS a été choisi pour son importante fiabilité et le fait qu'il soit largement utilisé en milieu médical. Il a été traduit en français en 1985 par Lépine et al. Il possède deux échelles évaluant la présence de symptômes anxieux et dépressifs chez les patients, en milieu médical. Les items sont sur une échelle Likert à 4 points, allant de 0 à 3. Il a un coefficient alpha de Cronbach global de 0,85 et de 0,89 pour l'échelle anxiété et de 0,70 pour dépression (Mystakidou *et al.*, 2013). Les balises cliniques sont : scores de 0

à 7 = Absence de symptomatologie; de 8 à 10 = Symptomatologie douteuse; 11 et plus = Symptomatologie certaine (Lépine *et al.*, 1985 ; Zigmond et Snaith, 1983).

#### 2.12 Questionnaire *Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G)*

Ce questionnaire de Cella (1993) est également largement utilisé dans le monde médical et apprécié pour sa grande fiabilité. Il évalue la qualité de vie liée à la santé chez des patients atteints du cancer. La version 4 de ce questionnaire comporte 29 questions, divisées en quatre sous-échelles de bien-être : (1) physique ; (2) familial et social ; (3) émotionnel et (4) fonctionnel. Les questions sont présentées sur une échelle *Likert* à 5 points, étant cotées de 0 à 4 (0 : pas du tout à 4 : énormément). Plus le score est élevé meilleure est la condition. La fiabilité test-retest des cinq échelles (quatre sous-échelles et un score global), varient entre 0,82 et 0,92. Les balises cliniques sont : bien-être physique : de 0 à 15 = largement sous la moyenne, de 16 à 21 = sous la moyenne, de 22 à 27 = dans la moyenne et 28 = au-dessus de la moyenne; bien-être social/familial : de 0 à 16 = largement sous la moyenne, de 17 à 22 = sous la moyenne, de 23 à 27 = dans la moyenne et 28 = au-dessus de la moyenne; bien-être émotionnel : de 0 à 14 = largement sous la moyenne, de 15 à 18 = sous la moyenne, de 19 à 23 = dans la moyenne et 24 = au-dessus de la moyenne bien-être fonctionnel : de 0 à 12 : largement sous la moyenne, de 13 à 18 = sous la moyenne, de 19 à 25 = dans la moyenne et de 26 à 28 = au-dessus de la moyenne; échelle globale du FACT-G : de 0 à 62 = largement sous la moyenne, de 64 à 80 = sous la moyenne, de 82 à 96 = dans la moyenne et 98 et plus = au-dessus de la moyenne (Brucker *et al.*, 2005).

#### 2.13 Questionnaire *Inventaire d'Anxiété Situationnelle et Trait d'Anxiété (IASTA-Y)*

Le IASTA-Y, dont la version originale se nomme *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y) (Spielberg, 1983, version française de Gauthier et Bouchard, 1993), évalue les symptômes d'anxiété de nature situationnelle et ceux qui découlent de traits de la personnalité. Il y a deux échelles d'anxiété (1) de trait et (2) situationnelle. Les 20 questions sont sur une échelle Likert à 4 points, cotées de 1 à 4. La fiabilité test-retest est de 0,85 pour l'anxiété de trait et de 0,71 pour l'anxiété situationnelle. Pour la consistance interne des deux échelles varient entre 0,73 et 0,88 (Langevin et al., 2012). Les balises cliniques sont : score de 20 à 37 = peu ou pas d'anxiété, 38 à 44 = anxiété modérée et 45 à 80 = forte anxiété.

#### 2.14 Entrevue semi-structurée post-intervention

Cette entrevue, écrite par D<sup>re</sup> Aubin, contient 42 questions, dont 38 choix de réponses, sur une échelle Likert, de 0 à 4 ((0) pas du tout ; (1) un peu ; (2) moyennement ; (3) beaucoup et (4) énormément). Les questions utilisées dans cette étude portent sur la satisfaction du participant et sont divisées en quatre catégories : (1) appréciation de l'intervention ; (2) satisfaction face au contenu ; (3) satisfaction face aux aspects thérapeutiques et (4) satisfaction face aux aspects techniques. Il y avait trois questions ouvertes, où le participant donnait ses commentaires et suggestions.

#### 2.15 Devis et analyses

Le devis de recherche est un devis interprétatif qui a été choisi en fonction du petit échantillon. Les statistiques descriptives ont servi à documenter la satisfaction des

participants face à l'intervention. De plus, un devis à cas unique a servi à approfondir la compréhension de l'intervention et de ses effets. Les effets du programme sur les différentes variables mesurées seront ici décrits. Pour l'entrevue post-intervention, les statistiques descriptives des totaux de chaque catégorie (moyennes, écarts-types, minimums et maximums) ont été obtenus via le logiciel SPSS. Pour mesurer la cohésion entre les impressions des participants, le coefficient de corrélation intra classes de chacune des catégories a été calculé. Malgré la décision de ne pas conduire des analyses statistiques élaborées à partir des questionnaires, en raison d'un changement dans le format de l'intervention liée aux difficultés de recrutement, les données des mesures ont été conservées. Même si ces données sont normalement considérées comme significatives avec un nombre de participants beaucoup plus élevés, il a été intéressant de constater des progrès individuels chez chacun des participants. Ce sujet sera approfondi en discussion.

## RÉSULTATS

### 2.16 Participants – Description de l'échantillon

Des six participants présents au début, une personne s'est désintéressée et retirée. L'étude s'est terminée avec cinq participants. Les participants étaient surtout des femmes ( $n = 4$ ), dont la moyenne d'âge était de 33 ans. Seules des personnes de race caucasienne ont participé à l'étude. Les données sur la scolarité et autres variables sociodémographiques apparaissent à la figure 2.3.

### 2.17 Satisfaction des participants – Statistiques descriptives

Le coefficient de corrélation intra classes du groupe de question « appréciation générale face à l'intervention » est de 0,74. Sa moyenne est de 3,10, avec un écart-type de 0,84 et des données qui varient entre 1,75 et 4,00 (sur une échelle de 1 à 4). Pour le groupe de questions « Satisfaction face au contenu des séances et manuels », le coefficient de corrélation est de 0,74 et la moyenne est de 2,83 (écart-type de 1,06). Enfin, pour ce groupe les données varient entre 1,00 et 3,67. Pour le groupe de questions « Satisfaction face aux aspects thérapeutiques », le coefficient est de 0,75. La moyenne est de 3,65 et l'écart-type de 0,65. Les données varient entre 2,50 et 4,00. Finalement pour le groupe de question « Satisfaction face aux aspects techniques », le coefficient de corrélation est de 0,11 et la moyenne est de 2,53 (écart-type de 0,29). Les données varient entre 2,08 et 2,88.

*Insérez Tableau 2.1 ici*

### 2.18 Satisfaction des participants – Réponses à développement

Les suggestions et commentaires des participants ont été recueillis à trois questions en entrevue post-intervention. Plusieurs suggestions pertinentes ont été rapportées.

À la question #25, portant sur ce qui avait le plus et le moins aidé les participants, plusieurs réponses ont été données, toutes uniques à chacun. Par exemple, une

participante a trouvé que l'intervention lui avait permis de mieux se connaître et un participant a trouvé que le cheminement introspectif effectué en séance était ce qui l'avait le plus aidé. Une autre participante a trouvé que l'intervention lui avait permis de réviser ses priorités alors qu'une autre était heureuse d'avoir pu constater de certains effets positifs du cancer. Un participant a trouvé que de développer un réseau de ressources avait été aidant, alors qu'une autre participante a apprécié les exercices de relaxation et de respiration. Enfin, deux participants ont trouvé que le soutien reçu par l'intervenante avait été utile. Du côté des aspects moins aidants, un participant a trouvé qu'il y avait un manque de ressources dans les manuels, alors qu'un autre a mentionné que le plan de retour ne s'appliquait pas à sa profession. Dans le même sens, une autre participante a expliqué que le plan de retour n'était pas applicable aux travailleurs autonomes. Deux participantes ont mentionné qu'il y avait trop de contenu dans les manuels, alors qu'une participante a rapporté que le contenu de la séance #4 et #5 avait été trop anxiogène.

À la question #35, qui portait sur ce que l'intervention avait permis d'améliorer dans la vie des participants, voici certains verbatims. Une participante dit : « Cela m'a aidée à améliorer mon anxiété. Mais aussi à revoir mes priorités dans la vie et à constater que mon travail prenait toute la place avant... ». Une autre participante a mentionné :

Cela m'a aidée à développer ma capacité à mettre des limites avec ma collègue. Je ressens moins d'anxiété et j'ai de meilleures stratégies de communication. Cela m'a aussi aidée à donner un autre sens à mon travail.

Une participante moins satisfaite dit : « Cela ne m'a pas aidée du tout. La seule chose qui m'a aidée c'est le soutien de l'intervenante... » alors qu'une autre qui avait particulièrement apprécié explique :



Les interventions de pleine conscience m'ont beaucoup aidée [...] le programme complet m'a permis de revoir mes priorités [...] je suis moins habitée par l'anxiété de performance et le stress au travail.

Enfin, le dernier participant a mentionné :

Je ne suis pas rendu à retourner au travail [...] Je cherche à mieux comprendre mon vécu, à trouver le sens de ma vie et à mieux organiser mes priorités [...] je ne suis pas sûr que je vais retourner travailler un jour....

À la question #42, recueillant les suggestions pour améliorer l'intervention, plusieurs suggestions ont été données, chacune à une seule reprise. Une participante travailleuse autonome a mentionné « Je suggère l'addition d'une partie sur le travail autonome ». Une autre, aux prises avec une ménopause induite, a dit : « [...] j'aurais aimé mieux comprendre la ménopause induite ». Enfin, une participante présentant des problèmes cognitifs et de concentration a dit : « Je suggère que les cahiers soient plus courts [...] ».

#### 2.19 Résultats des participants aux questionnaires d'anxiété et de qualité de vie reliée à la santé

Les données des participants en pré et post-intervention sont présentées au tableau 2.2. Pour le questionnaire HADS, les cinq participants se sont classés « absence de symptomatologie » en pré-intervention, sur l'échelle dépression. Les symptômes dépressifs ont augmenté chez deux d'entre eux les faisant passer à « symptomatologie douteuse ». En pré-intervention, deux participants étaient en « absence de symptomatologie », sur l'échelle d'anxiété. Une participante était en « symptomatologie douteuse » et les deux autres en « symptomatologie certaine ». Les

deux participants qui se trouvaient en « symptomatologie certaine » en pré-intervention ont vu leur score s'améliorer et sont passées en « symptomatologie douteuse ». Celle qui était en « symptomatologie douteuse » s'est détériorée et est passée en « symptomatologie certaine ». Enfin des deux participants qui étaient en « absence de symptomatologie », un est resté dans cette classe et l'autre s'est détérioré pour passer en classe « symptomatologie douteuse ».

Notons qu'aux quatre échelles du questionnaire FACT-G ainsi que sur l'échelle globale, aucun de nos participants n'avait un score au-dessus de la moyenne, ni dans la moyenne et cela, ni avant l'intervention ni après, dénotant une faible qualité de vie reliée à la santé. Quelques améliorations ont été observées telles que le score global de qualité de vie reliée à la santé de quatre des participants s'est amélioré après l'intervention, dont deux ont changé de « largement sous la moyenne » à « sous la moyenne ». Les cinq participants ont vu leur score sur l'échelle « bien-être physique » et « bien-être fonctionnel » s'améliorer en post intervention. Les autres résultats, aux échelles « bien-être social » et « bien-être émotionnel » se sont, pour certains, améliorés et pour d'autres, détériorés.

Sur l'échelle IASTA, les résultats sont variables. En pré-intervention, un seul participant était dans la classe « peu ou pas d'anxiété », tant sur l'échelle d'anxiété situationnelle que celle d'anxiété de trait. Une participante était en « anxiété modérée » et les trois autres en « forte anxiété », sur l'échelle d'anxiété situationnelle. Sur l'échelle d'anxiété de trait, trois participantes étaient en « forte anxiété » et une en « anxiété modérée ». Le participant qui n'avait que peu ou pas d'anxiété en pré-intervention est resté dans cette classe en post intervention sur les deux échelles. La participante qui avait une anxiété modérée sur l'échelle d'anxiété situationnelle et une forte anxiété sur l'anxiété de trait a vu ses deux scores augmentés et cela, suffisamment pour changer de classe dans l'anxiété situationnelle, basculant à « forte anxiété ». Les

trois autres participantes ont vu leurs scores d'anxiété situationnelle et d'anxiété de trait diminués en post intervention. Une seule de ces participantes a vu son score d'anxiété de trait augmenté en post intervention, mais pas suffisamment pour que cela la fasse changer de classe.

*Insérer Tableau 2.2 ici*

*Insérer Tableau 2.3 ici*

## DISCUSSION

Les participants avaient une moyenne d'âge de 33 ans, tous de race caucasienne, avaient tous une scolarité d'études supérieures et présentaient une diversité de types de cancer. Un ratio de 80% vs 20% femmes versus hommes a été obtenu. Dans l'étude de Mitchell *et al.* (2018), qui portait sur l'effet d'un programme adressé aux JAC, les participants présentaient un âge similaire (moyenne de 31 ans) et les types de cancers étaient variés, bien que plus de 50% étaient de type lymphome ou leucémie. Par ailleurs, le ratio femmes vs hommes était de 54% vs 46%. Dans une autre étude pilote, offrant une intervention brève pour les JAC, les participants avaient un niveau de scolarité moins élevé (28% de niveau secondaire ou professionnel) que celui de notre échantillon. L'appartenance raciale des participants était plus variée, bien que plus de 80% des participants étaient de race caucasienne. Enfin, la moyenne d'âge des

participants était de 29 ans et le ratio femmes vs hommes était de 79% vs 21% (Aubin *et al.*, 2019).

Mentionnons que des problèmes de recrutement ont été rencontrés durant le processus. Il s'est avéré difficile de recruter des participants par les moyens utilisés (affiches à l'hôpital, réseaux sociaux, etc.). De ce fait, le recrutement ayant duré plus de deux ans a fait que, lorsque l'intervention était prête à démarrer, la majorité des participants recrutés n'avaient plus besoin de l'intervention.

## 2.20 Résultats – Statistiques descriptives sur la satisfaction

Dans une étude similaire à celle-ci, portant sur une intervention pour des personnes atteintes du cancer soit l'étude pilote de Gravel et Robitaille (2014), où le sujet était la satisfaction face à une intervention (*Cancer Transitions*), les participants ont rapporté avoir apprécié l'ensemble du programme, le contenu des manuels et les aspects thérapeutiques. Ils ont rapporté s'être sentis compris et soutenus. Lors de notre intervention, le programme en général et les aspects thérapeutiques ont aussi été les deux aspects les plus appréciés. Dans l'étude de Gravel *et al.* (2014), les aspects de thérapie de groupe, surtout le soutien reçu d'autres individus atteints du cancer, semblent avoir été très appréciés. Bien que notre intervention fût une intervention individuelle, nos participants ont mentionné ne pas avoir aimé les groupes de soutien auxquels ils avaient précédemment participé, à cause de la lourdeur émotionnelle que cela représentait. Toujours dans l'étude de Gravel *et al.* (2014), les participants ont mentionné que l'intervention avait faciliter la transition vers le retour à la vie normale après les traitements. C'est ce que nos participants ont répondu, mentionnant que des ingrédients du programme ont eu un effet positif : meilleure gestion de l'anxiété, révision des priorités et valeurs, meilleure capacité à s'exprimer et mettre des limites.

L'étude pilote de Edgar et Watt, 2004 (Programme *NuCare*), qui comportait des séances de groupe et des manuels standardisés, souligne aussi l'appréciation positive des manuels qui ont aidé les participants à mieux comprendre l'information, à garder des ressources et outils pour consultation ultérieure et à se sentir moins différents. C'est aussi ce que nos participants ont rapporté concernant les manuels, mentionnant que le fait de garder des ressources les sécurisait. De plus, nos participants ont apprécié les cahiers d'exercices, leur permettant de mettre en application les stratégies et outils de l'intervention. Deux participantes ont aimé le fait de pouvoir écouter la version audio des manuels, sans devoir lire, ceci palliant leur difficulté de lecture ou de concentration. Il s'agit de la première intervention à avoir offert cette modalité. Finalement, deux des participants ont trouvé que le contenu des séances #4 et #5, portant sur la peur de la récurrence et la gestion des effets persistants, trop anxiogène. Cela ne semble pas avoir été le cas dans d'autres études pilotes similaires.

Les participants ont apprécié le soutien reçu par l'intervenante ainsi que l'intervention en général, mentionnant s'être sentis soutenus et compris. La grande appréciation des participants aux affirmations : « s'être senti confiant de se confier, s'être senti compris dans le cadre du retour au travail et ne pas s'être senti jugé par l'intervenante » pourrait s'expliquer par la posture humaniste, d'ouverture et de non-jugement, qui a été adoptée par l'intervenante. Il semble qu'avoir une approche ouverte et sans jugement soit importante, pour qu'ils se sentent compris.

Pour l'intervention en général, les participants peuvent s'être sentis soutenus et compris par les différentes modalités (p. ex. cahiers d'exercices, manuels, intervention, etc.). D<sup>re</sup> Aubin possède une bonne expérience de recherche et de pratique clinique auprès des JAC et a sélectionné des sujets rapportés comme importants pour eux. Cela transparaît par le fait que certains aient donné la note maximale aux questions portant

sur ce sujet. Il semble important que l'intervention soit ajustée aux besoins spécifiques à la population des JAC dans le cadre de leur retour au travail/études. Comme ciblé par D<sup>re</sup> Aubin, les JAC ont des besoins précis et peu de personnes et d'interventions abordent ces sujets avec eux, malgré leur besoin de le faire.

Par rapport à la satisfaction face au contenu des séances (manuels et interventions), cela semble avoir été moins élevé. Des participants ont mentionné qu'il y avait trop de contenu ou que le contenu était anxiogène. En ce sens, il est possible que chez des personnes dont l'anxiété était déjà élevée, le contenu ait pu sembler confrontant. Il est possible que pour ces individus, un suivi professionnel et individualisé soit à favoriser, afin de traiter l'anxiété.

Les réponses variées pour le domaine de la satisfaction face aux aspects techniques s'expliquent par la différence d'accès aux services Internet et aux équipements informatiques. Pour les participants possédant un vieil ordinateur, un vieux logiciel d'exploitation ou des versions de logiciels désuètes, l'accès à une vidéo et au contenu interactif s'est avéré ardu. Aux résultats de cohérence entre les participants, on observe une disparité à cause de ces facteurs.

## 2.21 Suggestions des participants pour les futures interventions

La diversité des suggestions reçues porte à constater que chaque JAC a des besoins et perceptions uniques. Il serait impossible d'appliquer une à une ces suggestions, certaines se contredisant. Néanmoins, certaines suggestions plus générales semblent pertinentes à appliquer aux futures interventions. Notamment, il a été suggéré de faire la traduction en anglais pour l'offrir à une plus vaste population. Il a aussi été suggéré

d'ajouter une section plus approfondie sur le changement de carrière, ce qui semble la réalité de plusieurs JAC. Force est de constater qu'en laissant la place aux participants à fournir leurs commentaires et suggestions, ceux-ci semblent enclins et motivés à le faire. La recension des écrits a identifié que l'écoute des individus vivant avec une réalité qui leur est propre est une façon pertinente et fructueuse de construire les interventions. Qui de mieux placé que le participant aux prises avec certains problèmes pour indiquer ce dont il a besoin quant à son intervention.

## 2.22 Résultats des participants aux questionnaires standardisés

S'il n'est pas possible d'obtenir des données statistiquement significatives avec un aussi petit échantillon, il est intéressant de constater la progression des participants en matière d'anxiété, de qualité de vie reliée à la santé, ainsi que d'établir un lien entre effets de l'intervention et résultats individuels. Par manque d'espace, seul l'exemple d'une participante sera utilisé, soit celui de la participante 3. Cette femme dans la trentaine avait des scores élevés d'anxiété avant le début de l'intervention (p. ex. au IASTA, « Forte anxiété »). Durant l'intervention, la patiente est retournée au travail, mais a connu des problèmes, notamment dans ses relations interpersonnelles, mentionnant une rupture, un manque de soutien des proches et un manque de compréhension au travail. D'autre part, cette patiente a également mentionné que les séances #4 et #5 étaient anxiogènes, à cause de la mention de tous les symptômes à la suite du cancer et de la peur de la récurrence. On observe qu'après l'intervention, la patiente avait des niveaux d'anxiété toujours élevés et parfois même qu'ils avaient augmenté (p.ex. HADS, échelle anxiété, passant de « symptomatologie douteuse » à « symptomatologie certaine »). Il est possible que le contenu soit trop confrontant et surchargé pour aider ceux qui présentent déjà de l'anxiété. Un suivi professionnel est alors peut-être à prioriser.

### 2.23 Limites et recommandations de futures études

Cette étude présente plusieurs limites. Il s'agit d'une étude présentant un petit échantillon de cinq personnes. Les résultats, particulièrement des questionnaires standardisés, sont peu généralisables. D'autre part, l'étude ne comportait qu'un seul groupe de participants recevant l'intervention, il est donc impossible de juger de l'amélioration de l'anxiété et de la qualité de vie reliée à la santé des participants en comparaison à un groupe ne l'ayant pas reçu. Enfin, le programme a été conduit en français, sur une population de personnes caucasiennes, avec un haut niveau de scolarité. Ces raisons font en sorte que les résultats sont peu généralisables à d'autres types de populations. Un futur recrutement devrait être effectué principalement par Internet, sur des réseaux sociaux et forums de discussions ciblant les JAC.

Au départ du projet de recherche, il avait été prévu le recrutement de centaines de participants avec lesquels deux groupes distincts auraient été composés (groupe contrôle et groupe recevant l'intervention). Il était également prévu que l'intervention en soit une de groupe, ayant lieu toutes les deux semaines à un même jour et heure. Le recrutement s'est avéré problématique alors que peu de participants ont répondu à l'annonce. Le processus de recrutement s'est donc étiré sur une période de 24 mois et les participants originalement intéressés au départ n'ont tantôt plus répondu lors des rappels et tantôt plus été intéressés parce qu'ils avaient déjà repris le travail depuis plus d'un an. Il s'avérait également difficile de faire correspondre les horaires des participants restants pour obtenir un groupe disponible aux mêmes jours/heures. Ainsi, les modalités ont été changées et l'intervention en est devenue une individuelle.



Cette étude devrait donc être reconduite avec un plus grand nombre de participants et avec un devis randomisé entre un groupe contrôle et un groupe intervention. L'effet de l'intervention sur l'anxiété et le bien-être des participants serait alors plus facile à mesurer. La suggestion de conduire à nouveau une entrevue post-intervention est émise et cela, puisque les participants ont beaucoup de commentaires et suggestions pertinentes à offrir et semblent motivés à le faire. Enfin, puisque dans certaines études les JAC rapportent apprécier particulièrement le soutien d'autres JAC, dans le cadre d'une intervention de groupe, la suggestion que cette intervention soit également conduite en groupe, afin de juger de sa meilleure modalité (individuelle vs groupe) est aussi émise.

La recommandation que l'intervention soit traduite en anglais, tant pour ce qui est des manuels que des séances d'intervention offertes est donnée. Cela étant afin qu'un plus grand public de JAC puisse bénéficier de l'intervention et considérant le besoin criant d'intervention spécifique à cette population et à cette transition de vie importante. Au passage, il serait pertinent d'ajouter des ressources – présentes dans chaque manuel – couvrant un plus vaste territoire que le Québec.

[Cette étude a été subventionnée par la Direction Québécoise de Cancérologie dans le cadre de projets pilotes offrant des services psychosociaux spécialisés, par le biais d'Internet, aux personnes atteintes du cancer.]

## RÉFÉRENCES

- Armaou, M., Schumacher, L., & Grunfeld, E. A. (2018). Cancer survivors' social context in the return-to-work process: narrative accounts of social support and social comparison information. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 504-512.
- Aubin, S., Rosberger, Z., Hafez, N., Noory, M. R., Perez, S., Lehmann, S., Batist, G. & Kavan, P. (2019). Cancer!? I don't have time for that: impact of a psychosocial intervention for young adults with cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(2), 172-189.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
- Bártolo, A., Andrade, A., Silva, D., & Monteiro, S. (2018). Psychosocial risks at the workplace and quality of life in cancer survivors in employment. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1347-1349.
- BC Cancer Agency. (2014). Cancer and Returning to Work: A Practical Guide for Cancer Patients. Sur internet: [http://www.bccancer.bc.ca/coping-and-supportsite/Documents/Cancer\\_Returning%20to\\_Work\\_Manual\\_Interactive%20%283%29.pdf](http://www.bccancer.bc.ca/coping-and-supportsite/Documents/Cancer_Returning%20to_Work_Manual_Interactive%20%283%29.pdf) (consulté le 4 mai 2016).
- Brucker, P. S., Yost, K., Cashy, J., Webster, K., & Cella, D. (2005). General population and cancer patient norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). *Evaluation & the Health Professions*, 28(2), 192-211.

- Close, A. G., Dreyzin, A., Miller, K. D., Seynnaeve, B. K., & Rapkin, L. B. (2019). Adolescent and young adult oncology—past, present, and future. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 485-496.
- D’Agostino, N. M., Penney, A., & Zebrack, B. (2011). Providing Developmentally Appropriate Psychosocial Care to Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Cancer*, 117(11), 2329-2334. doi:10.1002/cncr.26043
- de Boer, A. G., Taskila, T. K., Tamminga, S. J., Feuerstein, M., Frings-Dresen, M. H., & Verbeek, J. H. (2015). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Duijts, S. F., Van Egmond, M. P., Spelten, E., Van Muijen, P., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(5), 481-492.
- Edgar, L., & Watt, S. (2004). Nucare, a coping skills training intervention for oncology patients and families: Participants’ motivations and expectations. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 14(2), 84-95. doi:10.5737/1181912x1428488
- Ekwueme, D. U., Yabroff, K. R., Guy Jr, G. P., Banegas, M. P., de Moor, J. S., Li, C., Han, X., Zheng, Z., Soni, A., Davidoff, A., Rechis, R. & Virgo, K. S. (2014). Medical costs and productivity losses of cancer survivors—United States, 2008–2011. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(23), 505.
- Fernandez, C., Fraser, G. A., Freeman, C., Grunfeld, E., Gupta, A., Mery, L. S., De Pauw, S. & Schacter, for the Canadian Task Force on Adolescents and Young Adults with Cancer, B. (2011). Principles and recommendations for the provision of healthcare in Canada to adolescent and young adult–aged cancer patients and survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 1(1), 53-59.
- Ferrari, A., Thomas, D., Franklin, A. R., Hayes-Lattin, B. M., Mascarini, M., Van Der Graaf, W., & Albritton, K. H. (2010). Starting an adolescent and young adult

- program: some success stories and some obstacles to overcome. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4850-4857.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4), 559.
- Gravel, N., & Robitaille, M.-A. (2014). Le programme Cancer Transitions : Exemple de collaboration entre les centres hospitaliers et un organisme communautaire pour favoriser la transition des personnes en survivance. Sur internet : [https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/lutte-contre-le-cancer/congres-2014/AM\\_9-11h10\\_Cancer\\_Transitions.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/lutte-contre-le-cancer/congres-2014/AM_9-11h10_Cancer_Transitions.pdf) (consulté le 21 mars 2021).
- Guy Jr, G. P., Yabroff, K. R., Ekwueme, D. U., Smith, A. W., Dowling, E. C., Rechis, R., Nutt, S. & Richardson, L. C. (2014). Estimating the health and economic burden of cancer among those diagnosed as adolescents and young adults. *Health Affairs*, 33(6), 1024-1031.
- Krouwel, M., Jolly, K., & Greenfield, S. (2019). Comparing Skype (video calling) and in-person qualitative interview modes in a study of people with irritable bowel syndrome—an exploratory comparative analysis. *BMC Medical Research Methodology*, 19(1), 1-9.
- Langevin, V., Boini, S., François, M. & Riou, A. (2012). Inventaire d'anxiété État-Trait Forme Y (State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)). *Références Santé au travail*, 131, 161-164.
- Lépine, J.-P.; Godchau, M.; Brun, P.; Lempérière, Th. (1985). Hospital Anxiety and Depression Scale--French Version (HADS). <https://doi.org/10.1037/t49628-000>
- Love, B., Crook, B., Thompson, C. M., Zaitchik, S., Knapp, J., LeFebvre, L., Jones, B., Donovan-Kicken, E., Eargle, E. & Rechis, R. (2012). Exploring psychosocial support online: a content analysis of messages in an adolescent

- and young adult cancer community. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(10), 555-559.
- Mathews-Bradshaw, B., Johnson, R., Kaplan, S., Craddock, K., & Hayes-Lattin, B. (2011). The History and Accomplishments of the LIVESTRONG Young Adult Alliance. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 1(1), 43-47. doi: 10.1089/jayao.2010.0006
- Mitchell, L., Tam, S., Lewin, J., Srikanthan, A., Heck, C., Hodgson, D., Vakeesan, B., Sim, H-W. & Gupta, A. (2018). Measuring the impact of an adolescent and young adult program on addressing patient care needs. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(5), 612-617.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Gogou, P., Panagiotou, I., Vassiliou, I., & Gouliamos, A. (2013). Relationship of general self-efficacy with anxiety, symptom severity and quality of life in cancer patients before and after radiotherapy treatment. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1089-1095.
- Nachreiner, N. M., Dagher, R. K., McGovern, P. M., Baker, B. A., Alexander, B. H., & Gerberich, S. G. (2007). Successful return to work for cancer survivors. *Workplace Health and Safety*, 55(7), 290-295. doi:10.1177/216507990705500705
- Nitkin, P., Parkinson, M., & Schultz, I. Z. (2011). *Cancer and work: A Canadian perspective*. Canadian Association of Psychosocial Oncology. Retrieved May, 20, 2017.
- Ouellette, A., Pelland, M.-E., Racicot, K., & Robert, E. (2016, avril). Jeunes adultes et cancer : quand l'improbable survient. Ordre des psychologues du Québec. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/-/jeunes-adultes-et-cancer-quand-l-improbable-survient> (consulté le 10 mars 2020)
- Rabin, C., Simpson, N., Morrow, K., & Pinto, B. (2013). Intervention format and delivery preferences among young adult cancer survivors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 304-310.

- Ramphal, R., Aubin, S., Czaykowski, P., De Pauw, S., Johnson, A., McKillop, S., Szwajcer, D., Wilkins, K. & Rogers, P. (2016). Adolescent and young adult cancer: principles of care. *Current Oncology*, 23(3), 204.
- Rasmussen, D. M., & Elverdam, B. (2008). The meaning of work and working life after cancer: an interview study. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1232-1238.
- Roberts, C. S., Piper, L., Denny, J., & Cuddeback, G. (1997). A support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer. *Health & Social Work*, 22(2), 133-141.
- Skrabal Ross, X., Gunn, K. M., Olver, I., Willems, R. A., Lechnr, L., Mesters, I., & Bolman, C.A.W. (2020). Online psychosocial interventions for posttreatment cancer survivors: an international evidence review and update. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 14(1), 40-50. doi: 10.1097/SPC.0000000000000478
- Stone, D. S., Ganz, P. A., Pavlish, C., & Robbins, W. A. (2017). Young adult cancer survivors and work: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 11(6), 765-781.
- Statistique Canada (Septembre 2019). Statistiques canadiennes sur le cancer 2019, Toronto  
(Ontario) : Société canadienne du cancer, 2019. Sur Internet : [cancer.ca/Statistiques-cancer-Canada-2019-FR](http://cancer.ca/Statistiques-cancer-Canada-2019-FR). Consulté le : 06-05-2020
- Torp, S., Nielsen, R. A., Gudbergsson, S. B., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2012). Sick leave patterns among 5-year cancer survivors: a registry-based retrospective cohort study. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(3), 315-323.
- Yabroff, K. R., Dowling, E., Rodriguez, J., Ekwueme, D. U., Meissner, H., Soni, A., Lerro, C., Willis, G. & Virgo, K. S. (2012). The Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) experiences with cancer survivorship supplement. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(4), 407-419.
- Zebrack, B. (2011). Psychological, Social, and Behavioral Issues for Young Adults With Cancer. *Cancer*, 117(10), 2289-2294. doi:10.1002/cncr.26056

- Zebrack, B., Bleyer, A., Albritton, K., Medearis, S., & Tang, J. (2006). Assessing the health care needs of adolescent and young adult cancer patients and survivors. *Cancer, 107*, 2915-2923. doi: 10.1002/cncr.22338
- Zebrack, B., Kent, E. E., Keegan, T. H., Kato, I., Smith, A. W., & Aya Hope Study Collaborative Group 1. (2014). "Cancer sucks," and other ponderings by adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology, 32*(1), 1-15.
- Zebrack, B., Mathews-Bradshaw, B., & Siegel, S. (2010). Quality cancer care for adolescents and young adults: a position statement. *Journal of Clinical Oncology, 28*(32), 4862-4867.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.

## TABLEAUX ET DIAGRAMMES

FIGURE 2. 1 RECRUTEMENT ET RÉTENTION

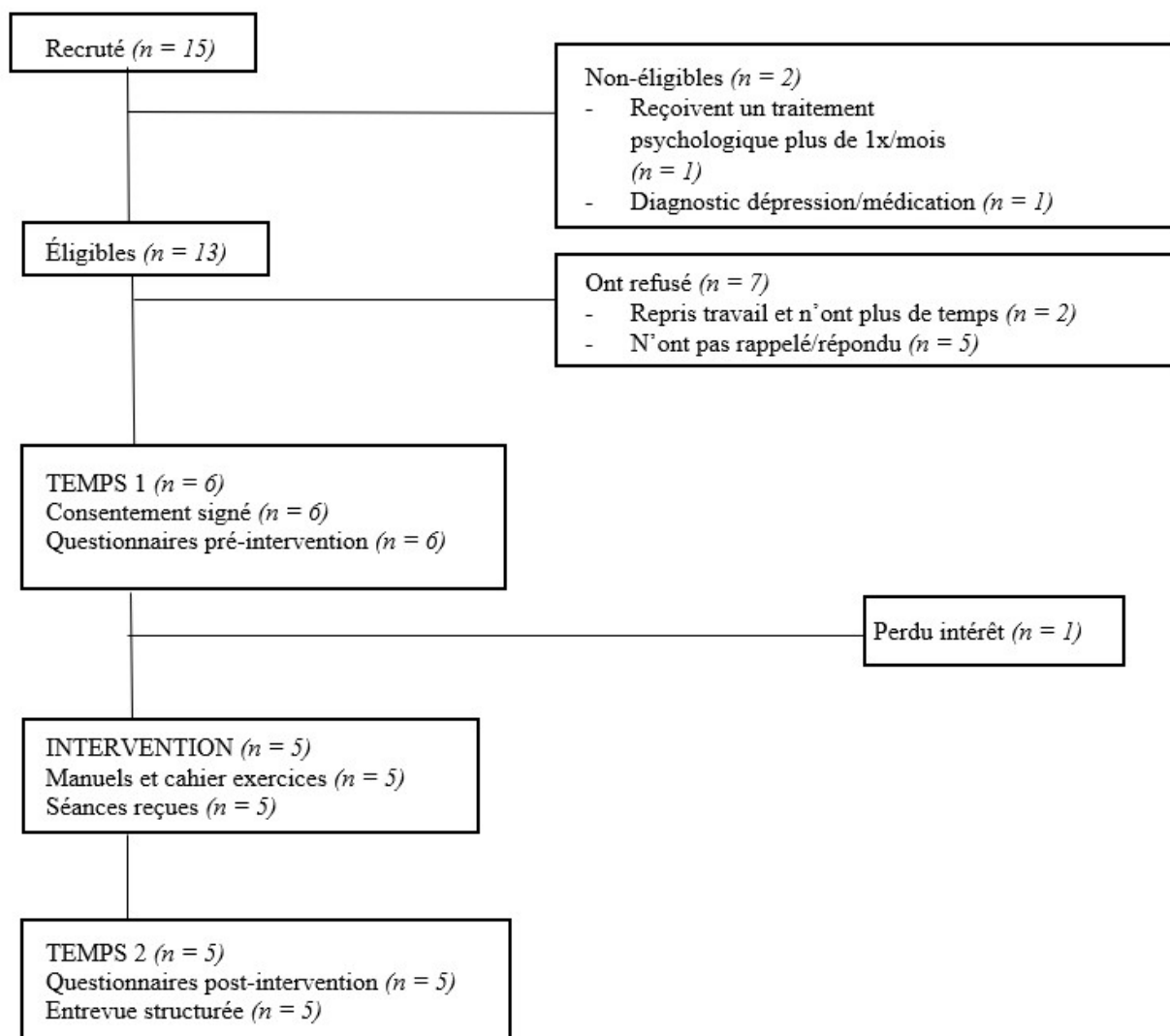




FIGURE 2. 2 TITRE ET CONTENU DES SÉANCES

| <b>SÉANCE #1 - Le retour au travail ou aux études chez les JAC</b>                              |                                                                                                                                          |                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Effets vécus par les JAC</b>                                                                 | <b>Manuel (thèmes psychoéducatifs)</b>                                                                                                   | <b>Cahier des petits exercices</b>                                                                                                  |
| Trajectoire du cancer                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préoccupations (image, autonomie)</li> </ul>                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau travail/études VS cancer</li> </ul>                                                |
| Arrêt développement jeune adulte                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Défis uniques : cancer et séquelles</li> </ul>                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau coûts/désavantages</li> </ul>                                                      |
| Retour au travail/études                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir un plan de retour travail</li> <li>• Gestion effets, facteurs stress/travail</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion sur l'importance du travail/valeurs</li> </ul>                                   |
| Changements négatifs du cancer                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress et coûts physiques et psychologiques du cancer</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau des accommodements</li> <li>• Lectures droits légaux</li> </ul>                    |
| Croissance post-traumatique                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effet positif cancer (valeurs, priorités)</li> </ul>                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau bénéfices du cancer</li> </ul>                                                     |
| <b>SÉANCE #2 - Stresse-toi pas avec le stress - Gérer le stress du retour au travail/études</b> |                                                                                                                                          |                                                                                                                                     |
| Retour au travail nouvelle réalité psychologique/physique                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de retour au travail</li> <li>• Professionnels pour soutien</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau des incontournables</li> <li>• Lecture développement du plan</li> </ul>            |
| Attentes face au retour                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attentes face au travail/études avant et après le cancer</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion sur ses propres attentes</li> <li>• Lecture changer de travail/études</li> </ul> |
| Attentes des autres face au retour                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gérer les attentes des autres</li> </ul>                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion sur attentes des autres</li> </ul>                                               |
| Différents types de travail                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition type de travail et tâches</li> </ul>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau évaluation demandes</li> </ul>                                                     |
| Stress du retour au travail                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gérer stress retour au travail</li> <li>• Cognitions, auto-questionnement</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau restructuration cognitive</li> <li>• Lecture ressources financières</li> </ul>     |

### SÉANCE #3 - *La gestion des relations interpersonnelles lors du retour au travail/études*

|                                     |                                                                                                                                   |                                                                                                                            |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se sentir pas pareil après cancer   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préoccupations sur différences</li> <li>• Intolérance/irritation</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau restructuration cognitive idées négatives face aux réactions</li> </ul>   |
| Importance du soutien social        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relation avec les autres au travail</li> </ul>                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion sur les attentes des autres face au retour</li> </ul>                   |
| Différentes réactions des autres    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accommodements/changements</li> <li>• Rester zen réactions des autres</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Journal de bord gérer les relations</li> </ul>                                    |
| Dévoilement de la maladie           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Droit à la confidentialité</li> </ul>                                                    |                                                                                                                            |
| Conflits avec les autres au travail | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résolution de problèmes, négociation</li> <li>• Affirmation de soi et limites</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau résolution de problèmes</li> <li>• Affirmation, gestion colère</li> </ul> |

### SÉANCE #4 - *Regarder en avant - La peur de la récurrence*

|                                                                   |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Peur de la récurrence du cancer                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Différentes réactions peur de récurrence</li> <li>• Gestion de la peur de la récurrence</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau restructuration cognitive</li> <li>• Réflexion sur les idées/images</li> </ul>                             |
| Facteurs aggravant la peur                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visites de suivi médical, émotions</li> <li>• Plan de gestion des symptômes</li> <li>• Stratégie « STOP » et relaxation</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau observation symptômes</li> <li>• Tableau relaxation</li> <li>• Tableau de ressources et journal</li> </ul> |
| Effet de la peur de la récurrence sur le retour au travail/études | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance stress et performance et la qualité de vie reliée à la santé au travail</li> </ul>                                      |                                                                                                                                                             |
| Perception négative sur l'avenir                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perception –lunettes roses VS noires</li> </ul>                                                                                    |                                                                                                                                                             |
| Risques réels de récurrences                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque réel de récurrence du cancer</li> </ul>                                                                                     |                                                                                                                                                             |
| Lorsque le cancer revient                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quoi faire en cas de récurrence</li> </ul>                                                                                         |                                                                                                                                                             |

### SÉANCE #5 - *Encore fatigué ? - Comment gérer les effets persistants des traitements*

|                          |                                                                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Vivre avec les séquelles | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoéducation séquelles du cancer</li> </ul> |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                          |                                                                        |                                                                         |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Effets du cancer-corps et esprit                         | • Description effets secondaires                                       | • Bilan des effets                                                      |
| L'estime de soi et l'image                               | • Approches non-médicales, spiritualité, exercices, alimentation, yoga | • Relaxation et pleine conscience<br>• Lectures respiration méditation, |
| Besoin suivis médicaux                                   | • Droits à l'accommodement                                             | • Tableau des ressources                                                |
| <b>SÉANCE #6 - Déjà fini! Récapitulatif du programme</b> |                                                                        |                                                                         |
|                                                          | • <b>Manuel (thèmes psychoéducatifs)</b>                               | • <b>Cahier des petits exercices</b>                                    |
|                                                          | • Aucun nouveau contenu psychoéducatif → Récapitulatif                 | • Pas de cahier des petits exercices dans la séance #6                  |

FIGURE 2. 3 DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS

| Caractéristiques                        | Intervention ( <i>n</i> = 5) |
|-----------------------------------------|------------------------------|
| Genre                                   |                              |
| Homme                                   | 1 (20,0%)                    |
| Femme                                   | 4 (80,0%)                    |
| Moyenne d'âge                           | 33,40 (6,19)                 |
| Nationalité                             |                              |
| Caucasienne/Européenne                  | 5 (100,0%)                   |
| Scolarité                               |                              |
| Collégiale                              | 2 (40,0%)                    |
| Universitaire                           | 3 (60,0%)                    |
| État marital                            |                              |
| Célibataire                             | 3 (60,0%)                    |
| Marié ou en couple                      | 2 (40,0%)                    |
| Statut d'emploi/études avant le cancer  |                              |
| Employé temps plein                     | 4 (80,0%)                    |
| Travailleur autonome temps partiel      | 1 (20,0%)                    |
| Moyenne d'âge lors du diagnostic        | 32,00 (6,25)                 |
| Type de cancer                          |                              |
| Lymphome Hodgkinien                     | 2 (40,0%)                    |
| Cancer de l'utérus                      | 1 (20,0%)                    |
| Myélome multiple                        | 1 (20,0%)                    |
| Cancer du pancréas (neuroendocrinien)   | 1 (20,0%)                    |
| Statut des traitements contre le cancer |                              |
| Terminé                                 | 4 (80,0%)                    |
| <b>En cours</b>                         | <b>1 (20,0%)</b>             |

TABLEAU 2. 1 APPRÉCIATION ET SATISFACTION DES 5 PARTICIPANTS  
À L'ENTREVUE POST-INTERVENTION

| QUESTIONS                                                                                                                   | Moyenne     | Écart<br>-type | Min<br>*    | Max<br>*    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|-------------|-------------|
| 1. De façon générale, est-ce que l'intervention a abordé des aspects qui étaient importants pour toi?                       | 2,80        | 1,10           | 1           | 4           |
| 2. De façon générale, as-tu trouvé l'intervention pertinente et utile ?                                                     | 2,80        | 1,10           | 1           | 4           |
| 3. De façon générale, es-tu satisfait de la qualité de l'intervention ?                                                     | 3,40        | 0,89           | 2           | 4           |
| 4. Recommanderais-tu cette intervention à d'autres JAC qui font face au retour au travail/études ?                          | 3,40        | 0,55           | 3           | 4           |
| <b>Appréciation générale face à l'intervention**<br/>(0,74)</b>                                                             | <b>3,10</b> | <b>0,84</b>    | <b>1,75</b> | <b>4,00</b> |
| 5. Comment évaluerais-tu ce qui a été discuté lors des séances ?                                                            | 3,20        | 1,30           | 1           | 4           |
| 6. Comment évaluerais-tu la durée des séances ?                                                                             | 2,60        | 1,67           | 0           | 4           |
| 7. Comment évaluerais-tu le nombre de séances ?                                                                             | 2,60        | 0,89           | 1           | 3           |
| 11. Comment évaluerais-tu la qualité de l'information                                                                       | 3,00        | 0,71           | 2           | 4           |
| 12. Comment évaluerais-tu la quantité d'information ?                                                                       | 2,80        | 1,30           | 1           | 4           |
| 13. Comment évaluerais-tu la présentation de l'information ?                                                                | 2,80        | 1,10           | 1           | 4           |
| <b>Satisfaction face au contenu des séances et manuels*** (0,74)</b>                                                        | <b>2,83</b> | <b>1,07</b>    | <b>1,00</b> | <b>3,67</b> |
| 14. Je me suis senti(e) confiant(e) par rapport à la confidentialité des informations échangées                             | 3,60        | 0,55           | 3           | 4           |
| 15. J'ai été capable de partager des choses importantes et personnelles                                                     | 3,80        | 0,45           | 3           | 4           |
| 16. Je me suis senti(e) compris(e) dans mes difficultés liées à mon retour au travail/études                                | 3,60        | 0,89           | 2           | 4           |
| 17. Je ne me suis pas senti jugé dans mes difficultés liées à mon retour au travail/études                                  | 3,60        | 0,89           | 2           | 4           |
| <b>Satisfaction face aux aspects thérapeutiques****<br/>(0,75)</b>                                                          | <b>3,65</b> | <b>0,65</b>    | <b>2,50</b> | <b>4,00</b> |
| 18. Je trouve que recevoir l'intervention en ligne par vidéoconférence est aussi aidant que si je l'avais reçue face à face | 3,40        | 1,34           | 2           | 5           |
| 21. Comment évalues-tu les aspects informatiques ?                                                                          | 3,00        | 0,71           | 2           | 4           |

|                                                                                            |             |             |             |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 22. Comment évalues-tu la possibilité de se connecter sur différents appareils ?           | 3,40        | 1,14        | 2           | 5           |
| 23. Comment évalues-tu les problèmes techniques ?                                          | 2,40        | 1,34        | 0           | 3           |
| 24. Comment évalues-tu la possibilité d'assister aux rencontres à l'endroit de ton choix ? | 3,60        | 0,55        | 3           | 4           |
| <b>Satisfaction face aux aspects techniques*****<br/>(0,11)</b>                            | <b>2,53</b> | <b>0,29</b> | <b>2,08</b> | <b>2,88</b> |

\*Min. : Minimum; Max. : Maximum. \*\*Total des questions 1, 2, 3 et 4. \*\*\* Total des questions 5, 6, 7, 11, 12 et 13. \*\*\*\* Total des questions 14, 15, 16 et 17. \*\*\*\*\* Total des questions 18, 21, 22, 23 et 24. Les chiffres entre parenthèses représentent le coefficient de corrélation intra classe pour chaque ensemble de questions.

TABLEAU 2. 2 RÉSULTATS PRÉ ET POST-INTERVENTION DES PARTICIPANTS AUX QUESTIONNAIRES STANDARDISÉS

|                                              | PART.<br>1*   | PART.<br>2    | PART.<br>3    | PART.<br>4    | PART.<br>5    |
|----------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| HADS - Dépression – Pré                      | 6**           | 6**           | 5**           | 7**           | 2**           |
| <b>HADS - Dépression - Post</b>              | <b>3**</b>    | <b>4**</b>    | <b>8***</b>   | <b>8***</b>   | <b>3**</b>    |
| HADS - Anxiété - Pré                         | 7**           | 14****        | 6**           | 8***          | 14****        |
| <b>HADS - Anxiété - Post</b>                 | <b>4**</b>    | <b>8***</b>   | <b>10***</b>  | <b>12****</b> | <b>10***</b>  |
| FACT-G - BÉ Physique – Pré                   | 12**          | 17***         | 23****        | 18***         | 20***         |
| <b>FACT-G - BÉ Physique - Post</b>           | <b>16****</b> | <b>24****</b> | <b>24****</b> | <b>23****</b> | <b>22****</b> |
| FACT-G - BÉ Social - Pré                     | 19***         | 20***         | 8**           | 4**           | 18***         |
| <b>FACT-G - BÉ Social - Post</b>             | <b>16**</b>   | <b>20***</b>  | <b>12**</b>   | <b>6**</b>    | <b>16**</b>   |
| FACT-G - BÉ Émotionnel - Pré                 | 6**           | 18***         | 12**          | 13**          | 7**           |
| <b>FACT-G - BÉ Émotionnel - Post</b>         | <b>9**</b>    | <b>10**</b>   | <b>18***</b>  | <b>11**</b>   | <b>15***</b>  |
| FACT-G - BÉ Fonctionnel - Pré                | 7**           | 22****        | 13***         | 9**           | 17***         |
| <b>FACT-G - BÉ Fonctionnel - Post</b>        | <b>14****</b> | <b>23****</b> | <b>17***</b>  | <b>12**</b>   | <b>20****</b> |
| FACT-G - TOTAL - Pré                         | 44**          | 77***         | 56**          | 44**          | 62**          |
| <b>FACT-G - TOTAL - Post</b>                 | <b>55**</b>   | <b>77***</b>  | <b>71***</b>  | <b>52**</b>   | <b>73***</b>  |
| IASTA - Anxiété situationnelle – Pré         | 33**          | 54****        | 38***         | 61****        | 63****        |
| <b>IASTA - Anxiété situationnelle - Post</b> | <b>28**</b>   | <b>32**</b>   | <b>54****</b> | <b>53****</b> | <b>37**</b>   |
| IASTA - Anxiété de trait - Pré               | 36**          | 46****        | 48****        | 51****        | 38***         |
| <b>IASTA - Anxiété de trait - Post</b>       | <b>29**</b>   | <b>42***</b>  | <b>58****</b> | <b>49****</b> | <b>43***</b>  |

\*Participant

HADS : \*\* absence de symptôme, \*\*\* symptomatologie douteuse, \*\*\*\* symptomatologie certaine

FACT-G : \*\* largement sous la moyenne, \*\*\* sous la moyenne, \*\*\*\* dans la moyenne, \*\*\*\*\* au-dessus de la moyenne

IASTA : \*\*peu ou pas d'anxiété, \*\*\*anxiété modérée, \*\*\*\*forte anxiété

**TABLEAU 2. 3 SOMMAIRE DES RÉSULTATS POST-INTERVENTION AUX QUESTIONNAIRES STANDARDISÉS**

|                                       | <b>PART. 1</b>   | <b>PART. 2</b>   | <b>PART. 3</b>   | <b>PART. 4</b>   | <b>PART. 5</b>   |
|---------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>HADS - Dépression</b>              | Amélioration     | Amélioration     | Détérioration    | Détérioration    | Non-significatif |
| <b>HADS - Anxiété</b>                 | Amélioration     | Amélioration     | Détérioration    | Détérioration    | Amélioration     |
| <b>FACT-G - BÉ Physique</b>           | Amélioration     | Amélioration     | Non-significatif | Amélioration     | Amélioration     |
| <b>FACT-G - BÉ Social</b>             | Détérioration    | Non-significatif | Non-significatif | Non-significatif | Détérioration    |
| <b>FACT-G - BÉ Émotionnel</b>         | Non-significatif | Amélioration     | Détérioration    | Non-significatif | Détérioration    |
| <b>FACT-G - BÉ Fonctionnel</b>        | Amélioration     | Non-significatif | Amélioration     | Non-significatif | Amélioration     |
| <b>FACT-G - TOTAL</b>                 | Non-significatif | Non-significatif | Amélioration     | Non-significatif | Amélioration     |
| <b>IASTA - Anxiété situationnelle</b> | Amélioration     | Amélioration     | Détérioration    | Amélioration     | Amélioration     |
| <b>IASTA - Anxiété de trait</b>       | Non-significatif | Non-significatif | Non-significatif | Non-significatif | Non-significatif |



## CHAPITRE 3

### RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

Dans ce chapitre, des résultats additionnels sont présentés. Il semblait pertinent de se pencher sur le parcours historique de chaque cas, les résultats de chacun et leur interprétation de façon à bien caractériser chaque participant pour mieux éclairer le sens de ces résultats et en approfondir l'analyse. Cette analyse peut apporter un regard nouveau sur l'expérience de l'intervention des participants que des statistiques quantitatives ne peuvent indiquer. L'avantage d'un petit échantillon tel que celui de cette étude est justement de pouvoir analyser les données descriptives et qualitatives plus en profondeur afin de mieux comprendre chaque être humain qui a participé à l'intervention et ainsi, aider à en préciser les modalités, contenus et autres paramètres. Exceptionnellement, et pour faciliter la fluidité de la lecture et la cohérence du propos, les interprétations de chaque cas ont été laissées à la suite de ses résultats, plutôt que de les repousser plus loin dans le texte qui les regrouperait tous en discussion. Suivant cette présentation des cas, les réponses des participants aux questions ouvertes de l'entrevue post-intervention seront étudiées afin d'en tirer des informations qui aideront à améliorer l'intervention, lors de futures études. Ces réflexions seront alors approfondies dans la section suivante, soit la conclusion de cet essai doctoral.

#### 3.1 Présentation des participants

Voici maintenant une description du parcours de chaque participant. Dans chacune de ces sections, il y aura d'abord un portrait descriptif du participant, suivi de son évolution, ses résultats pré et post-intervention ainsi qu'une interprétation de ces données.

### 3.1.1 Le participant 1

Le patient 1 est un homme âgé de 34 ans, de race caucasienne, ayant complété des études universitaires de deuxième cycle. Il a des enfants et habite en couple avec sa conjointe et leurs enfants. Il a obtenu le diagnostic de cancer neuroendocrinien du pancréas à l'âge de 33 ans. Ses traitements contre le cancer sont actuellement terminés. Parmi ceux-ci, monsieur a subi une chirurgie et des traitements de chimiothérapie. Son équipe de soins garde un suivi hebdomadaire avec lui, car il s'agit d'un cancer incurable. Il conserve des effets et problèmes connexes à son cancer, notamment des troubles digestifs, une grande fatigue et de la faiblesse. Il est actuellement incapable de travailler. Depuis l'annonce de son diagnostic, le patient a participé à des groupes de soutien pour le cancer, en personne et en ligne, notamment dans des conférences et forums de discussion. Il a aussi un mentorat de la part d'un autre JAC. Il préfère les communications en personne, par téléphone et par messagerie texte. Sur le plan du travail, monsieur travaillait à temps plein avant l'annonce de son diagnostic, au même emploi depuis sa sortie de l'université. Il a cessé de travailler à l'annonce du diagnostic et ne sait pas encore quand il retournera travailler :

Je ne suis pas rendu à retourner au travail finalement, je croyais que oui, mais je me rends compte que non. Je cherche à mieux comprendre mon vécu, à trouver le sens de ma vie et à mieux organiser les priorités dans

ma vie. Je ne veux plus de stress dans ma vie, et je ne suis pas sûr que je vais retourner travailler un jour...

Avant l'intervention, le patient a obtenu des scores HADS, sur l'échelle de l'anxiété et de dépression, considérés comme reflétant une absence de symptomatologie. Au test FACT-G, le patient se retrouvait en dimension « largement sous la moyenne » pour le bien-être physique, le bien-être fonctionnel et le bien-être émotionnel, ainsi que sur la l'échelle globale du FACT-G. Il était en dimension « sous la moyenne » pour le bien-être social/familial. Enfin, au test IASTA, monsieur présente une anxiété situationnelle et une anxiété de personnalité considérée respectivement faible et absente.

Après l'intervention, ses scores HADS se sont légèrement améliorés, mais comme il était en « absence de symptomatologie » avant, cela n'a tout simplement pas changé. Ses scores pour le bien-être physique, le bien-être émotionnel, le bien-être fonctionnel ainsi qu'à l'échelle globale du FACT-G se sont améliorés, si bien qu'il a même changé de dimension, pour le bien-être physique et le bien-être fonctionnel. La dimension de bien-être social/familial s'est détériorée, suffisamment pour que le patient change et passe en dimension « largement sous la moyenne ». Enfin, au IASTA, ses deux dimensions d'anxiété (situationnelle et de personnalité) se sont légèrement améliorées.

Durant l'intervention, le patient a appris des nouvelles négatives (p. ex. récurrence, impossibilité à traiter) concernant son cancer et s'est senti découragé. Il a repris certains traitements en chimiothérapie, ce qui l'a affaibli et fait ressentir anxiété et découragement. Il a néanmoins participé à 5 des 6 séances, en ayant raté une pour raisons médicales, et a partagé ses inquiétudes en séance. Il a fait tous ses devoirs et lectures de manière assidues et a apporté plusieurs suggestions en cours de route. Toutes les réponses du patient à l'entrevue post-intervention étaient positives (variant entre 3 « très satisfait » et 4 « Énormément satisfait ») et cela, dans les quatre catégories

de questions. C'est dans la catégorie « aspects thérapeutiques » que le patient a noté les scores les plus élevés (3 réponses sur 4 à un score de 4 « Énormément satisfait »). Il mentionne :

Ce qui m'a aidé le plus est de m'avoir permis de faire un cheminement et une réflexion sur ma vie personnelle et professionnelle et à mieux me connaître et me comprendre.

Finalement, le patient a suggéré que l'intervenante conduisant les interventions se nomme et explique mieux son rôle, son expérience, ses expertises, afin de mettre le patient plus en confiance et tisser l'alliance en début de processus :

J'aurais aimé comprendre mieux ce que fait un psychologue dans la vie et en savoir plus sur Véro en tant que tel, quels sont ses champs d'expertise.  
Ses intérêts scientifiques ?

Le participant 1 est un homme peu enclin à partager ses émotions avec son entourage. Même s'il mentionne avoir reçu du soutien de la part de ses proches durant les traitements, il a tenté de garder ses ressentis pour lui-même, notamment, pour ne pas accabler ses proches. Tout au long de l'intervention, il a mentionné son inquiétude face à un cancer incurable qui laisserait sa femme et ses enfants dans le deuil au moment de son décès, ayant un cancer dont le pronostic est mauvais. Son résultat de détérioration au FACT-G – Échelle de bien-être social/familial pourrait s'expliquer par ses inquiétudes liées à cela, et par les prises de conscience et révélations émotionnelles faites en séance, ainsi que par les mauvaises nouvelles médicales et le découragement sous-jacent vécu durant l'intervention.

Puisque le patient éprouve de la difficulté à s'ouvrir sur ses sentiments, le fait de pouvoir le faire en toute confidentialité et en se sentant non jugé et écouté a pu

contribuer à son appréciation de l'intervention, mais plus précisément face aux aspects thérapeutiques. Si l'intervention n'a pas pu concrètement aider ce patient à retourner au travail de manière saine et adéquate, elle l'a néanmoins aidé à mieux saisir et prioriser ses valeurs et à orienter ses choix en fonction de celles-ci.

### 3.1.2 La participante 2

La patiente 2 est une femme âgée de 30 ans, de race caucasienne, ayant fait des études universitaires de 2<sup>e</sup> cycle. Elle est célibataire, n'a pas d'enfant et habite seule. Elle a obtenu le diagnostic de lymphome hodgkinien à l'âge de 29 ans. Ses traitements contre le cancer se sont limités à la chimiothérapie et sont actuellement terminés. Elle conserve certains effets secondaires des traitements, mais de niveau léger (p. ex. une certaine fatigue, une capacité à travailler moins d'heures d'affilée). Ses capacités physiques ont ainsi été légèrement diminuées, mais elle est capable de travailler. Depuis l'annonce de son diagnostic, elle a participé à des groupes de soutien pour le cancer, en personne et en ligne, notamment dans des conférences et forums de discussion. Elle a également été en retraite de groupe avec d'autres JAC. Elle préfère les communications par téléphone, par messagerie texte et par vidéoconférence. Sur le plan professionnel, la patiente travaillait à temps plein avant l'annonce de son diagnostic, au même emploi depuis deux ans. Elle a cessé de travailler à l'annonce du diagnostic durant environ 5 mois. Elle a ensuite repris le travail de manière progressive et est maintenant revenue à son ancien emploi à temps plein.

Avant l'intervention, la patiente a obtenu des scores HADS sur l'échelle de l'anxiété dans la dimension de « symptomatologie certaine » ainsi que dans la dimension « absence de symptomatologie » à l'échelle de dépression. Au test FACT-G, la patiente se retrouve en dimension « sous la moyenne » pour le bien-être physique, le bien-être

social/familial, le bien-être émotionnel, ainsi que sur l'échelle globale. Elle se trouvait en dimension « dans la moyenne » pour le bien-être fonctionnel. Enfin, au test IASTA, madame présente une anxiété situationnelle et une anxiété de personnalité, toutes deux de niveau « forte anxiété ».

Aux questionnaires post-intervention, ses deux scores HADS se sont considérablement améliorés, si bien que sur l'échelle d'anxiété, la patiente est passée en dimension « symptomatologie douteuse ». Ses scores aux quatre dimensions « bien-être physique, social, émotionnel et fonctionnel » du FACT-G se sont tous améliorés. Pour deux des dimensions, la patiente n'a néanmoins pas changé de catégorie. Cependant, sur le bien-être physique, elle s'est améliorée suffisamment pour passer en dimension « dans la moyenne ». Puis, dans la catégorie « bien-être émotionnel », elle s'est grandement améliorée, passant de « largement sous la moyenne » à « dans la moyenne ». Enfin, au IASTA, ses deux dimensions d'anxiété (situationnelle et de personnalité) s'étaient considérablement améliorées. Sur l'échelle de l'anxiété situationnelle, la patiente est passée en catégorie « peu ou pas d'anxiété » et sur l'échelle d'anxiété de personnalité, elle est en catégorie « anxiété modérée ».

Durant l'intervention, la patiente a continué de travailler et s'est sentie progresser au fur et à mesure qu'elle avançait. Elle a participé aux 6 séances et a fait tous ses devoirs et lectures de manière assidue.

Principalement, cela m'a aidée à améliorer mon anxiété. Mais cela m'a aussi aidée à revoir mes priorités dans la vie et à constater que mon travail prenait toute la place avant, mais que maintenant j'aimerais qu'il y aille autre chose dans ma vie.

Les réponses de la patiente à l'entrevue post-intervention étaient positives (variant entre 3 « très satisfait » et 4 « Énormément satisfait ») dans les trois premières

catégories de questions (Appréciation générale, satisfaction face aux contenus, satisfaction face aux aspects thérapeutiques). Pour ce qui est des aspects techniques, la patiente a moins apprécié, en répondant « Moyennement satisfaite » à deux des cinq questions. Cela peut s'expliquer, car la patiente habite dans une autre province plus éloignée, et que sa connexion Internet s'est fréquemment montrée instable ou carrément inaccessible « L'Internet coupait souvent, et j'avais de la difficulté à ouvrir les documents PDF sur mon téléphone et ma tablette ». Durant ces moments, la patiente et l'intervenante ont terminé la séance par téléphone. C'est dans les catégories « appréciation générale face à l'intervention » et « aspects thérapeutiques » que la patiente a noté les scores les plus élevés (4 réponses sur 4 avec un score de 4 « Énormément satisfaite »). Finalement, la patiente a émis la suggestion de traduire l'intervention et les manuels en anglais, afin que plus de JAC en bénéficient, ainsi que celle d'ajouter des ressources pour l'ensemble du Canada et non seulement pour la province du Québec :

Je suggère la traduction des manuels en anglais, pour atteindre plus de personnes, cela rendrait l'intervention accessible à tout le monde, comme moi j'habite au Manitoba, j'ai vu plusieurs personnes n'avoir aucune aide après leur cancer, pour le retour au travail. Et comme j'ai dit plus tôt, j'aurais aimé aussi que les ressources disponibles à la fin des cahiers, couvrent aussi le reste du Canada.

Bien que la participante 2 présente des traits de personnalité anxieux et une anxiété situationnelle forte, elle possédait déjà, avant l'intervention, un bon soutien social de la part de ses amis, collègues et membres de la famille, ainsi qu'une certaine résilience. En effet, elle avait elle-même fait appel à de l'aide à différents moments de son parcours et de différentes manières. Cela pourrait avoir eu un effet dans la manière dont la patiente a tiré profit de l'intervention. De surcroît, la participante a démontré une grande motivation et assiduité à lire les manuels, faire les exercices et participé aux séances. Cela semble lui avoir fait bénéficier au maximum des stratégies et outils

fournis dans l'intervention. Il semble que l'intervention ait eu un effet considérable dans la vie de la participante, ainsi qu'elle ait été appréciée de celle-ci, notamment à cause de certains traits de sa personnalité, de son implication, ainsi que des ressources dont elle bénéficiait avant et pendant l'intervention. D'ailleurs autant ses résultats aux questionnaires standardisés que ses réponses à l'entrevue post-intervention se sont avérés positifs et ont montré des améliorations, sur tous les plans.

### 3.1.3 La participante 3

La patiente 3 est une femme âgée de 37 ans, de race caucasienne, ayant complété des études universitaires de premier cycle. Elle a un enfant et habite en couple avec le père de son enfant. Elle a reçu le diagnostic de cancer de l'utérus à l'âge de 36 ans. Ses traitements contre le cancer se sont limités à la chirurgie d'hystérectomie radicale et sont actuellement terminés. Elle conserve plusieurs effets secondaires et troubles reliés à cela. En effet, la patiente vit des difficultés gynécologiques dont des saignements abondants et une anémie. Ses capacités physiques sont légèrement diminuées, mais elle est capable de travailler. Depuis l'annonce de son diagnostic, elle n'a participé à aucun groupe ni suivi individuel visant à recevoir de l'aide ou du soutien en lien avec son cancer. Elle préfère les communications par messagerie texte et en personne. Sur le plan professionnel, la patiente travaillait à temps partiel avant l'annonce de son diagnostic, comme travailleuse autonome, depuis deux ans. Elle a cessé de travailler à l'annonce du diagnostic durant environ 6 mois. Elle a ensuite repris le travail de manière progressive et est maintenant revenue à ses activités de travailleuse autonome, à temps partiel.

Avant l'intervention, la patiente a obtenu des scores HADS, sur l'échelle de l'anxiété et de dépression, considérés dans la dimension « absence de symptomatologie ». Au



test FACT-G, la patiente se retrouve en dimension « largement sous la moyenne » pour le bien-être social/familial, le bien-être émotionnel et sur l'échelle globale du FACT-G. Elle était en dimension « sous la moyenne » pour le bien-être fonctionnel, ainsi qu'en dimension « dans la moyenne » pour le bien-être physique. Enfin, au test IASTA, madame présente une anxiété situationnelle considérée « anxiété modérée » et une anxiété de personnalité de niveau « forte anxiété ».

Aux questionnaires post-intervention, ses deux scores HADS se sont détériorés. Si bien que si elle était considérée comme en absence de symptomatologie en pré intervention, après, elle était rendue en zone « symptomatologie douteuse » sur les deux échelles. Ses scores aux quatre dimensions « bien-être physique, social, émotionnel et fonctionnel » du FACT-G se sont tous améliorés, soit de manière légère, si bien qu'elle n'a changé de catégorie que sur la dimension « bien-être émotionnel » et sur l'échelle globale, passant dans les deux cas, de dimension « largement sous la moyenne » à « sous la moyenne ». Enfin, au IASTA, ses deux dimensions d'anxiété (situationnelle et de personnalité) se sont détériorées. Elle est d'ailleurs passée en zone « forte anxiété » pour l'anxiété situationnelle.

Durant l'intervention, la patiente a continué son retour au travail progressif et s'est sentie progresser au fur et à mesure qu'elle avançait dans l'intervention. Elle a cependant éprouvé de l'anxiété à la lecture des symptômes pouvant demeurer après les traitements. Le contenu du manuel #4 lui a ainsi provoqué un certain stress. Elle a participé aux 6 séances et a fait tous ses devoirs et lectures de manière assidue. Les réponses de la patiente à l'entrevue post-intervention étaient positives (variant entre 3 « très satisfait » et 4 « Énormément satisfait ») dans les quatre catégories de questions (Appréciation générale, satisfaction face aux contenus, satisfaction face aux aspects thérapeutiques et satisfaction face aux aspects techniques) :

J'ai développé une capacité à mettre des limites avec ma collègue. Je ressens moins d'anxiété de performance, et j'ai de meilleures stratégies de communication. Cela m'a aussi aidée à donner un autre sens à mon travail.

C'est dans la catégorie « aspects thérapeutiques » que la patiente a noté les scores les plus élevés (4 réponses sur 4 avec un score de 4 « Énormément satisfaite »). La patiente a mentionné durant ses interventions prendre conscience du manque d'écoute et de soutien parmi ses proches. En ce sens, elle mentionne :

Ce qui m'a le plus aidée est de parler des aspects positifs de la maladie. L'intervention m'a aussi aidé à prendre de grandes décisions par rapport à mes priorités et mon travail. J'ai appris à gérer mes émotions notamment avec mes collègues, mais aussi à prendre conscience de mon mécanisme de déni.

Finalement, la patiente a émis des suggestions : « J'aurais aimé qu'une portion de l'information soit consacrée aux travailleurs autonomes, car nous avons une réalité différente sur bien des aspects ».

Avant le cancer, la participante 3 était une personne avec de forts traits de personnalité anxieux. Elle mentionne d'ailleurs s'être sentie anxieuse depuis la tendre enfance. Elle a également fait mention d'avoir toujours été au service des autres et de n'avoir jamais recouru à de l'aide pour elle-même. Il semble, selon ses schémas de pensées, qu'il lui fallait se débrouiller seule et qu'elle n'avait besoin de l'aide de personne. Ainsi, au cours de l'intervention, le fait de se sentir à ce point écoutée et non jugée semble lui avoir fait prendre conscience de son besoin de se créer un plus vaste réseau social et d'avoir des alliés qui l'écouteraient et la soutiendraient. La patiente a pris conscience, tant à cause de ses proches que de sa prédisposition à ne pas demander de l'aide, que durant toute la trajectoire de son cancer, elle s'est sentie seule et aucunement soutenue.

Si l'intervention l'a aidée à apprendre de nouvelles stratégies de communication, de résolution de problèmes et de mise en place de limites, ce sont les aspects de prendre connaissance de ses besoins affectifs, notamment d'expression de soi et de soutien, ainsi que la priorisation de ses valeurs qu'elle mentionne avoir le plus appréciés. L'intervention s'est néanmoins avérée anxiogène au cours de la séance #4 et #5 où il a été question de séquelles laissées par le cancer et de possibles récives. Il est probable que pour des patients dont l'anxiété est déjà forte préalablement à l'intervention, une thérapie individuelle visant à traiter l'anxiété soit nécessaire afin de mieux bénéficier d'une telle intervention.

#### 3.1.4 La participante 4

La patiente 4 est une femme âgée de 41 ans, de race caucasienne, possédant des études de niveau CEGEP. Elle n'a pas d'enfant et habite seule. Elle a reçu le diagnostic myélome multiple à l'âge de 39 ans. Ses traitements contre le cancer ont été de la radiothérapie, de la chimiothérapie et une chirurgie. Ils sont actuellement terminés depuis deux mois. Elle conserve plusieurs effets secondaires et troubles liés à cela. Notamment, une atteinte permanente à la moelle épinière, pour laquelle elle a eu une greffe de moelle osseuse et elle est aux prises avec un handicap physique affectant ses capacités à se mouvoir. Ses capacités physiques sont grandement diminuées et elle est actuellement incapable de travailler. Depuis l'annonce de son diagnostic, elle a reçu de l'aide psychologique en suivi individuel, elle a participé à des forums et groupes sur les JAC en ligne et a été en retraite de groupe avec d'autres JAC. Elle préfère les communications par messagerie texte et par téléphone. Sur le plan professionnel, la patiente travaillait à temps plein avant l'annonce de son diagnostic, comme agente de

bureau, depuis quatre ans. Elle a cessé de travailler à l'annonce du diagnostic et n'a toujours pas repris le travail. Elle souhaite réorienter sa carrière.

Avant l'intervention, la patiente a obtenu des scores HADS sur l'échelle de l'anxiété en zone « symptomatologie douteuse », ainsi que dans la zone « absence de symptomatologie » à l'échelle de dépression. Au test FACT-G, la patiente se retrouve en dimension « largement sous la moyenne » pour le bien-être social/familial, pour le bien-être émotionnel, pour le bien-être fonctionnel ainsi qu'à l'échelle globale. Elle était en dimension « sous la moyenne » pour le bien-être physique. Enfin, au test IASTA, madame présente une anxiété situationnelle ainsi qu'une anxiété de personnalité de niveau « forte anxiété ».

Aux questionnaires post-intervention, ses deux scores HADS se sont détériorés de sorte que la patiente a changé de zone dans les deux dimensions du questionnaire. Elle est passée à « symptomatologie certaine » sur l'échelle de l'anxiété et en zone « symptomatologie douteuse » sur l'échelle de la dépression. Ses scores à trois des quatre dimensions « bien-être physique, bien-être émotionnel et bien-être fonctionnel » ainsi que sur l'échelle globale du FACT-G se sont améliorés légèrement. Elle n'a ainsi changé de dimension que dans la catégorie « bien-être physique » où elle est passée de « sous la moyenne » à « dans la moyenne ». Son score dans la dimension « bien-être social/familial » s'est légèrement détérioré, mais pas suffisamment pour changer de zone. Enfin, au IASTA, ses deux dimensions d'anxiété (situationnelle et de personnalité) se sont améliorées de manière modérée. Pour ce qui est de ces deux échelles, elle est tout de même restée en zone de « forte anxiété ».

Durant l'intervention, la patiente a vécu plusieurs difficultés émotionnelles et relationnelles. Son humeur s'est avérée instable et des sentiments de découragement et de frustration se sont progressivement installés en elle. Elle a plusieurs fois reporté les séances, demandé plus de temps d'écoute et il s'est avéré difficile de la ramener au

contenu de nos séances, la patiente voulant parler d'autres choses. Elle semblait régulièrement irritée par le contenu, ou par l'intervention qui ne s'avérait pas à la hauteur de ses attentes :

Ce qui m'a le moins aidée, c'est le cahier 4 et 5, car j'ai trouvé leur contenu très anxiogène et confrontant, j'ai été souvent prise par les émotions. Cependant, Véro m'a aidée à plusieurs reprises, en dehors des séances, afin de gérer mes émotions et je me suis sentie supportée. Mais je trouve que le programme m'a trop fait replonger dans le cancer, ça été difficile.

Elle a participé aux 6 séances et n'a fait que quelques-uns des exercices proposés dans les manuels, mentionnant qu'elle trouvait cela inutile. Plusieurs coupures et problèmes Internet sont survenus, la patiente s'en est plaint à plusieurs reprises « Il y a eu beaucoup de coupures Internet. Je n'ai pas été capable d'imprimer les cahiers d'exercices, il me fallait faire une mise à jour d'Acrobat Reader ». Mentionnons que la patiente faisait usage d'un vieil ordinateur Mac et une version d'Adobe Acrobat Reader désuète. Les réponses de la patiente à l'entrevue post-intervention étaient presque toutes négatives (variant entre 0 « pas du tout satisfait » et 2 « un peu satisfait ») dans les quatre catégories de questions (Appréciation générale, satisfaction face aux contenus, satisfaction face aux aspects thérapeutiques et satisfaction face aux aspects techniques). C'est dans la catégorie « aspects thérapeutiques » que la patiente a noté les scores les plus élevés (2 réponses sur 4 avec un score de 3 « très satisfait ») :

Ce qui m'a le plus aidée c'est la manière dont Véro m'a parlée de certains sujets et aidé à faire des liens entre le contenu des manuels et mes difficultés personnelles avant le cancer.

Elle a également noté la dimension « technique » dans deux des cinq questions, avec le score de 4 « très satisfait ». Finalement, la patiente émet la suggestion « Je suggère que les cahiers soient plus courts et contiennent moins d'information ».

Le parcours de la participante 4 a été le plus difficile et les résultats de la participante pointent en ce sens aussi. D'emblée, la participante présente une personnalité avec de forts traits anxieux ainsi qu'une anxiété situationnelle importante. D'autre part, le cancer et les traitements ont laissé d'importantes séquelles et handicaps qui ont contribué à ses sentiments de dévalorisation, d'impuissance, d'anxiété et de dépression. Au départ, elle s'est avérée sceptique face à l'intervention, mentionnant que malgré ses tentatives de chercher de l'aide de différentes manières durant son parcours, rien ne l'a réellement aidée.

En ce sens, les résultats de la participante sont cohérents. En effet, ses résultats se sont légèrement dégradés ou encore légèrement améliorés mais n'ont pas changé de manière significative. Comme toute relation ou intervention visant à aider des êtres humains, la participation et la motivation de la personne reste un facteur clé du succès d'une telle initiative. La participante 4 a montré la même chose. D'autre part, tout comme ce fut le cas pour la participante 3, une patiente présentant de forts traits de personnalité anxieux peut voir son anxiété augmentée en prenant conscience de certaines informations (p. ex. la peur de la récurrence, l'énumération et la description de symptômes physiques). Il semble que pour ce type de participants, une thérapie individuelle soit nécessaire avant de pouvoir bénéficier d'une telle intervention.

### 3.1.5 La participante 5

La patiente 5 est une femme âgée de 25 ans, de race caucasienne, possédant des études collégiales. Elle n'a pas d'enfant et habite seule. Elle a reçu le diagnostic lymphome hodgkinien à l'âge de 23 ans. Ses traitements contre le cancer se sont limités à la chimiothérapie. Ils étaient terminés quelques mois plus tard. Néanmoins, la patiente a reçu un diagnostic de récurrence de son cancer un an plus tard. Son équipe de soins a alors repris les traitements de chimiothérapie, qui sont maintenant terminés. Toutefois, la patiente subit actuellement des traitements de chimiothérapie préventive. Elle mentionne des problèmes pulmonaires comme autre problème médical, une fatigue et une faiblesse musculaire. Ses capacités physiques sont légèrement diminuées, mais elle est maintenant capable de travailler. Depuis l'annonce de son diagnostic, elle a participé à des groupes de « chat » sur les JAC en ligne et a reçu un suivi psychologique individuel. Elle a également participé à des groupes et forums en ligne avec d'autres JAC. Elle préfère les communications par messagerie texte, en personne et en vidéoconférence. Sur le plan professionnel, la patiente travaillait à temps plein avant l'annonce de son diagnostic, comme éducatrice spécialisée en petite enfance, depuis quelques années. Elle a cessé de travailler à l'annonce du diagnostic durant un an. Ses limitations sur le plan de la fatigue et la faiblesse l'ont forcée à se réorienter, n'étant plus capable d'accomplir son travail avec les enfants. Elle a trouvé un autre emploi dans l'enseignement depuis ce temps et est en retour progressif depuis un an, au sein d'un emploi qu'elle rapporte comme très flexible.

Avant l'intervention, la patiente avait des scores HADS sur l'échelle de l'anxiété dans la dimension « symptomatologie certaine », ainsi que dans la dimension « absence de symptomatologie » à l'échelle de dépression. Au test FACT-G, elle se retrouve en dimension « largement sous la moyenne » pour le bien-être émotionnel et sur l'échelle globale. Elle était en dimension « sous la moyenne » pour le bien-être physique, pour le bien-être social/familial et pour le bien-être fonctionnel. Enfin, au test IASTA, madame présente une anxiété situationnelle considérée « forte anxiété » et une anxiété de personnalité de niveau « anxiété modérée ».

Aux questionnaires post-intervention, son score d'anxiété au HADS s'est amélioré suffisamment pour changer de zone, se retrouvant maintenant en zone « symptomatologie douteuse ». Son score de dépression s'est très légèrement détérioré, la laissant dans la zone de départ « absence de symptomatologie ». Ses scores à trois des quatre dimensions « bien-être physique, bien-être émotionnel et bien-être fonctionnel », ainsi que sur l'échelle globale du FACT-G se sont tous améliorés et cela, suffisamment pour la faire changer de catégorie sur toutes ces dimensions. Son score dans la dimension « bien-être social/familial » s'est détérioré suffisamment pour la faire basculer de « sous la moyenne » à « largement sous la moyenne ». Enfin, au IASTA, l'anxiété situationnelle s'est améliorée et cela, suffisamment pour la faire descendre de deux grades sur la classification et ainsi passer en dimension « peu ou pas d'anxiété ». Pour la dimension de la personnalité, la patiente est restée en dimension « anxiété modérée ».

La patiente a semblé tirer profit de l'intervention et en particulier les interactions et le soutien reçus durant les séances. Elle a participé aux 6 séances et a appliqué presque tous les exercices proposés dans les manuels, mentionnant avoir laissé de côté ceux qu'elle connaissait déjà (Ex. : méditation pleine conscience). Elle mentionne avoir appris à mieux rationaliser et à arrêter le flot des pensées dramatiques :

Ce qui m'a le plus aidée c'est la manière dont Véro m'a rassurée sur mes sentiments face au cancer. J'avais toujours eu l'impression d'exagérer, mais elle m'a fait comprendre que ce que je ressentais était normal. J'ai eu vraiment l'impression d'être face à quelqu'un qui comprenait la problématique et ça m'a fait du bien. La technique "STOP" et les techniques de respiration m'ont aussi aidée.

Ainsi, à la fin de l'intervention, la patiente était rendue en zone « peu ou pas d'anxiété » :



Les interventions pleine conscience m'ont beaucoup aidée à relaxer, mais aussi le programme complet m'a permis de revoir mes priorités et de les garder à l'esprit en faisant mon travail, je suis donc moins habitée par l'anxiété de performance et le stress au travail.

Sur le plan de l'anxiété de personnalité, elle s'est légèrement détériorée, la laissant dans la même catégorie de départ « anxiété modérée ». Les réponses de la patiente à l'entrevue post-intervention étaient toutes positives (variant entre 3 « très satisfait » et 4 « énormément satisfait ») dans les quatre catégories de questions (Appréciation générale, satisfaction face aux contenus, satisfaction face aux aspects thérapeutiques et satisfaction face aux aspects techniques). C'est dans la catégorie « aspects thérapeutiques » que la patiente a noté les scores les plus élevés (4 réponses sur 4 avec un score de 4 « énormément satisfait »). Finalement, la patiente des suggestions notamment sur le sujet de l'alimentation et de la ménopause induite (aurait voulu plus d'information), ainsi que :

Je vous suggère d'ajouter plus d'information pour ceux qui souhaitent débiter une toute nouvelle carrière ou changer complètement d'emploi, ce changement déstabilise, même quand c'est pour le mieux.

La participante 5 était notre plus jeune participante et malgré son anxiété situationnelle et ses traits de personnalité anxieux préalables à l'intervention, elle présentait d'emblée une attitude de motivation et d'enthousiasme. Elle a montré, au cours du cheminement de ses traitements, des stratégies de recours à l'aide et de résilience. Elle s'est d'ailleurs montrée très enthousiaste face à l'intervention et y a participé avec entrain. Il semble que son changement d'emploi ait également contribué à son bien-être et sa motivation. Elle a semblé bénéficié des stratégies et de plusieurs aspects de l'intervention, de même qu'elle a mentionné l'avoir fortement appréciée. L'attitude du participant face à

l'intervention, sa motivation et son implication face à celle-ci semblent des éléments-clés pour le succès du processus.

### 3.2 Résultats qualitatifs globaux

Les participants de notre étude ont eu la chance de répondre plus ouvertement, en autant de mots et de temps qu'ils le désiraient, à trois questions ouvertes, durant l'entrevue post-intervention. Pour analyser ses données souvent laborieuses et non quantifiables, la méthode d'analyse qualitative de classement par arbre thématique a été utilisée. Dans cette partie, les résultats seront présentés en trois temps, soit un pour chaque question distincte.

#### 3.2.1 QUESTION 25 - Qu'est-ce qui t'a le plus aidé et le moins aidé dans l'intervention ?

À cette question, les participants ont répondu dans l'un ou l'autre des thématiques dégagées de l'analyse : (1) ce qui a le plus aidé ; (2) ce qui a le moins aidé. De la thématique « ce qui a le plus aidé », des sous-thèmes ont été dégagés : (1) introspection ; (2) ressources ; (3) techniques et (4) soutien. De la thématique « ce qui a le moins aidé », les sous-thèmes (1) ressources ; (2) outils et (3) contenu ont été identifiés (Voir Figure 3.1).

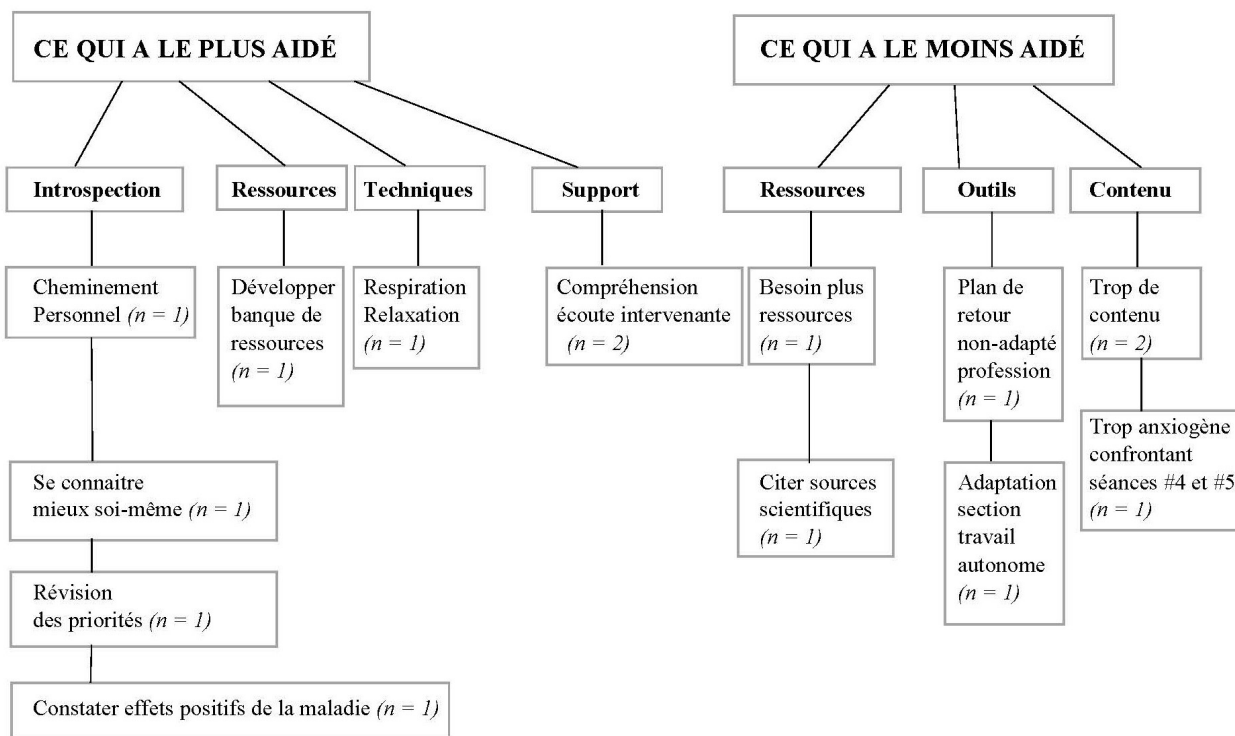


FIGURE 3. 1 DONNÉES QUALITATIVES ENTREVUES POST-INTERVENTION – QUESTION #25

Dans ce que les participants ont trouvé le plus aidant de l'intervention, dans le sous-thème « Introspection », ils ont mentionné le cheminement personnel que l'intervention leur a permis de parcourir, l'impression de mieux se connaître, le fait de revoir leurs priorités et enfin, de pouvoir considérer la maladie autrement, soit en y constatant de bénéfices et effets positifs. Dans le sous-thème « Ressources », les participants ont mentionné que l'intervention leur avait permis de se bâtir une banque de ressources utiles pour l'avenir, au sujet du cancer. Dans le sous-thème « Techniques », les techniques de relaxation et de respiration ont été identifiées comme étant les plus aidantes. Enfin, dans le sous-thème « Soutien », le sentiment de compréhension et d'écoute de la part de la facilitatrice a été rapporté par des participants à deux reprises.

Dans ce que les participants ont trouvé le moins aidant de l'intervention, dans le sous-thème « Ressources », ils ont mentionné un désir d'obtenir plus de ressources, ainsi que le besoin de citer plus amplement les sources scientifiques. Dans le sous-thème « Outils », un participant a trouvé que le plan de retour au travail l'aurait mieux aidé s'il avait été adapté à sa profession et un autre a mentionné que l'intervention aurait été aidant s'il y avait eu une partie précisément dédiée aux travailleurs autonomes. Enfin, dans le sous-thème « Contenu », deux participants ont mentionné que les manuels contenaient trop d'information, ce qui les a surchargés, et un participant a mentionné que le contenu de la séance #4 et de la séance #5 s'était avéré anxiogène et confrontant pour lui.

### 3.2.2 QUESTION 35 - Qu'est-ce que l'intervention t'a le plus aidé à améliorer par rapport à ton retour au travail/études ?

À cette question, l'analyse thématique a révélé quatre thèmes importants : (1) stratégies ; (2) travail introspectif ; (3) soutien de la facilitatrice et (4) résultat concret (effet). Au sein de la thématique « Stratégies », les participants ont identifié l'exercice de pleine conscience et l'exercice portant sur les stratégies de communication comme étant ce qui les avait concrètement aidés dans leur retour au travail/études. Dans la thématique « Travail introspectif », trois participants ont mentionné que l'intervention les avait aidés à revoir leurs priorités et à mieux les mettre à l'avant lors de leur retour au travail/études. Deux autres participants ont déclaré avoir trouvé un sens à leur travail ou avoir reconsidéré le sens du travail dans leur vie grâce à l'intervention. Dans la thématique « Soutien de la facilitatrice », un participant a mentionné s'être senti écouté et soutenu durant l'intervention et que cela ait eu un effet positif sur son retour au travail. Enfin, dans la thématique « Résultat concret/effet », deux participants ont

mentionné avoir ressenti moins de stress dans leur retour au travail/études grâce à l'intervention. Deux autres participants ont déclaré ressentir moins d'anxiété de performance au travail/études grâce à l'intervention. Finalement, un participant a déclaré avoir réussi à consacrer moins de temps au travail/études et un autre à avoir une meilleure gestion de ses relations au travail grâce à l'intervention (voir Figure 3.2).

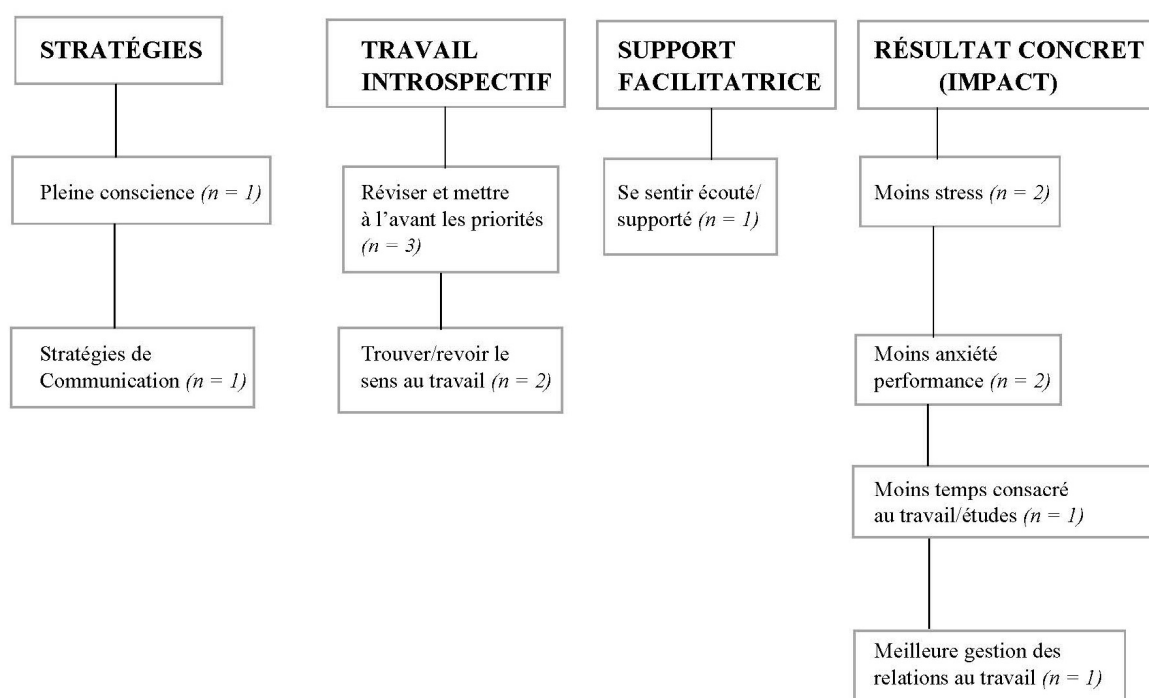


FIGURE 3. 2 DONNÉES QUALITATIVES ENTREVUES POST-INTERVENTION – QUESTION #35

### 3.2.3 QUESTION 42 – As-tu d'autres commentaires ou recommandations pour nous aider à améliorer l'intervention en général ?

À l'analyse thématique, deux grands thèmes se sont dégagés : (1) additions au programme et (2) retrait du programme. Au cœur du premier thème « Additions au programme », les participants ont suggéré plusieurs ajouts possibles : ajouter une partie sur les travailleurs autonomes, faire une présentation de la facilitatrice en début d'intervention, rallonger la partie sur la ménopause induite, rallonger la partie sur le démarrage d'une nouvelle carrière ou le choix de changer de style d'emploi, rajouter des ressources ailleurs au Canada qu'au Québec et de traduire les manuels et cahiers en anglais afin de rejoindre plus de participants.

Dans la thématique « Retrait », un seul participant a suggéré que les cahiers soient plus courts et contiennent moins d'information, mentionnant être surchargé par le contenu jugé trop lourd et long (voir Diagramme 4).

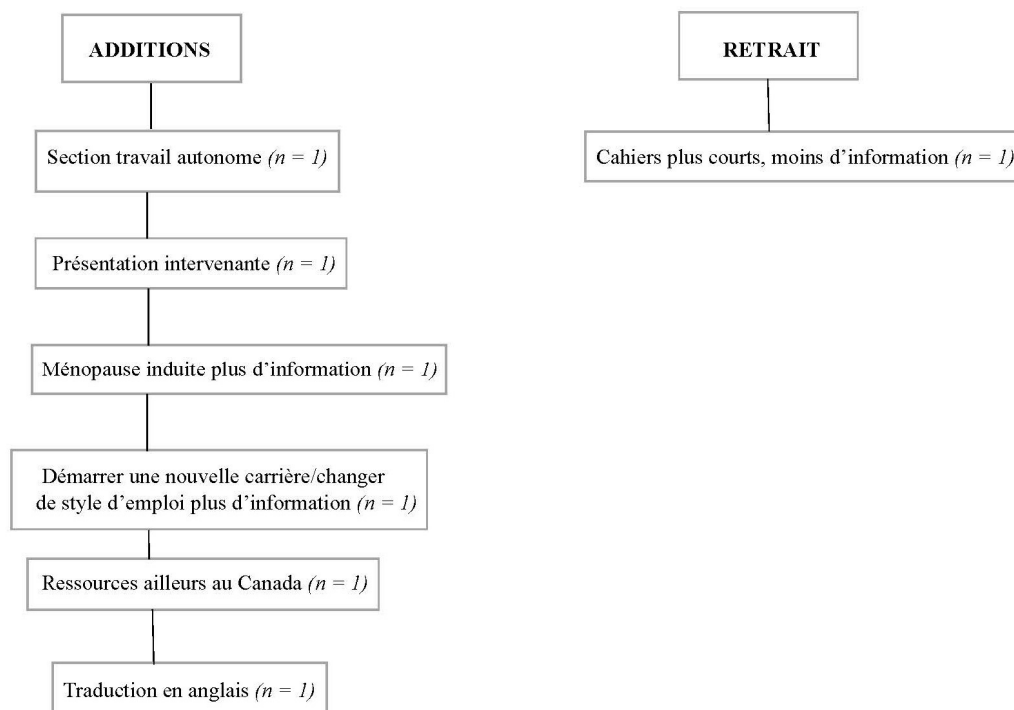


FIGURE 3.3 DONNÉES QUALITATIVES ENTREVUES POST-INTERVENTION – QUESTION #42

## CHAPITRE 4

### CONCLUSION

Dans ce chapitre, la discussion portera d'abord sur la question du recrutement et des problèmes qui en ont découlé. Cela sera suivi d'une synthèse de tous les résultats obtenus en cours d'étude, ainsi que la réponse aux questions de recherche initiales seront présentées. En fin de chapitre, seront abordées les contributions de l'étude, ses limites et des suggestions pour les futures études.

#### 4.1 Recrutement et rétention

Le processus de recrutement a duré environ 24 mois. À cause de ce long délai, plusieurs participants se sont découragés ou ont vu leur situation changer de sorte que l'étude ne leur convenait plus au moment de la commencer. Plusieurs problèmes dont la modalité, la durée et les lieux du recrutement ont fait en sorte que l'étude n'ait débuté qu'avec six participants. Il est possible que l'utilisation d'affiches ait été moins efficace que d'autres moyens plus adaptés aux méthodes de communication des jeunes adultes. Ainsi, peu d'appels ont découlé de cette initiative. Il n'est pas à exclure que lors de leur passage à l'hôpital, les JAC ne soient pas attentifs aux affiches sur les murs, possiblement à cause du choc qu'ils vivent au moment de leur visite médicale (ex. : diagnostic, pronostic, traitements, psychothérapie). Lorsqu'une affiche est posée au mur, le JAC doit s'arrêter et déchirer le numéro ou le noter. Cela représente peut-être

un effort trop important, en comparaison avec le fait de cliquer sur un lien Internet. Seule une dizaine de participants ont appelés pour un total d’affichage de 18 mois.

Des annonces sur un groupe de soutien de type forum, sur l’application en ligne Facebook, avaient été publiées dans un groupe privé nommé « Cancer Jeunes Adultes 18-39 ans », comptant 531 membres. Environ six participants ont répondu par ce média. Mentionnons qu’une annonce dans un tel groupe devient rapidement désuète à cause des autres annonces et messages affichés sur le groupe, par les membres, qui prennent alors la place et font descendre l’annonce de plus en plus dans le fil d’actualité, faisant ainsi perdre l’intérêt.

Aucun patient n’a été référé au programme par le biais du personnel du centre hospitalier, contrairement à ce qui avait été anticipé. En effet, les thérapeutes, médecins et spécialistes du département d’oncologie étaient tous au fait de l’existence du programme d’intervention et de l’étude, mais n’ont pourtant référé aucun patient, nonobstant le besoin des patients, dont eux-mêmes avait fait part.

Il est possible que le format d’intervention de départ, soit une intervention de groupe et par chat, ait moins attiré les participants potentiels. Cela impliquait, entre autres, qu’une plage-horaire fixe soit établie pour tous. Au fil du recrutement, et à notre surprise, les participants ont révélé avoir la préférence de faire ce cheminement seuls, avec ou sans leur entourage et accompagnés de l’intervenante, plutôt qu’en groupe. Des participants ( $n = 2$ ) ont soulevé qu’ils trouvaient le fait d’entendre les expériences des autres JAC difficile et anxiogène.

Enfin, il demeure possible que le fait d’exclure certains participants (p. ex. ayant déjà un diagnostic psychologique, une psychothérapie en cours, ayant terminé les traitements depuis moins d’un an) ait contribué aux difficultés de recrutement.



## 4.2 Synthèse et discussion des résultats

Dans cette partie, les objectifs sont revus, afin de voir si l'ensemble de nos résultats ont permis de les atteindre, ainsi que quelles en ont été les réponses.

La première question de recherche était : « L'intervention est-elle appréciée? ». À cette question, il semble que la réponse soit mitigée. En effet, il pourrait être conclu de l'ensemble des résultats, incluant l'entrevue post-intervention, que certains participants ont beaucoup apprécié l'intervention ou au moins, certaines de ses composantes. Certains autres l'ont moins appréciée ou ont été indisposés par certains éléments qu'ils ont tout de même accepté de partager. Ce qu'il est possible de dégager comme constat le plus important de cette disparité entre les participants, c'est qu'il est possible que pour certaines personnes se situant à l'un ou l'autre des pôles d'un continuum qui irait de « très bien à très mal » avant l'intervention (et en incluant à cela leurs caractéristiques personnelles, leur détresse, leur réseau social), l'intervention soit moins appréciée ou utile. En effet, prenons par exemple le recrutement, il est possible que des 15 participants originalement trouvés, les sept qui n'ont plus répondu ne l'aient pas fait, car ils avaient trouvé du soutien ailleurs, notamment en eux-mêmes ou auprès de leurs proches. Il est possible que des JAC bénéficiant d'un riche réseau social et beaucoup de soutien, ou de ressources financières, émotionnelles, cognitives ou matérielles abondantes aient moins de besoin d'une intervention telle que la nôtre. À l'inverse, il est également possible, comme certains participants ont montré souffrir d'un fort niveau d'anxiété avant l'intervention, que pour des individus plus souffrants ou dysfonctionnels, un suivi plus serré, personnalisé et professionnel soit à privilégier plutôt qu'une intervention telle que la nôtre. D'autre part, même s'il avait été tenté de pallier cette difficulté en établissant des critères d'exclusion pour les personnes qui avaient déjà obtenu un diagnostic psychologique précédemment, il reste qu'un certain

pourcentage de la population générale rapporte souffrir de problèmes d'anxiété ou autres problèmes psychologiques sans pour autant avoir été diagnostiqué. Il n'en demeure pas moins que de manière générale, notre intervention a été appréciée par nos participants et que de plus vastes études, conduites sur un échantillon plus grand, et peut-être dans différentes modalités ou divers devis de recherche sont nécessaires afin de pouvoir réellement répondre à cette question.

À la deuxième question « L'intervention peut-elle être améliorée? », la réponse est plus claire. En effet, l'intervention peut être améliorée et les participants ont d'ailleurs fourni une pléiade de suggestions à cet effet. Il s'agissait non seulement d'une première intervention dirigée précisément à accompagner les JAC dans leur processus de retour au travail/études, mais également de la première étude portant sur une telle intervention. Ainsi, conduire cette étude aura permis d'en apprendre beaucoup sur les améliorations à faire à cette intervention. Plusieurs aspects peuvent être améliorés de l'intervention et seront d'ailleurs plus approfondis dans la partie de cet ouvrage portant sur les suggestions à apporter aux futures études. Il a été, entre autres, question d'amélioration dans le processus de recrutement des participants à une telle intervention, dans le format offert de l'intervention (individuelle vs de groupe), dans les supports écrits (manuels informatifs, cahiers d'exercices), dans la manière d'offrir les séances ainsi que dans les aspects plus techniques de l'intervention (p. ex. manuels PDF, plateforme de vidéoconférence). À cette question, la réponse est donc certainement oui.

À la question « Est-ce que l'intervention peut réduire l'anxiété? », la réponse est à nouveau complexe et plus floue et dépend de multiples facteurs. Pour répondre à la question, il semble pertinent de se rappeler les sept facteurs mentionnés par Feuerstein *et al.* (2010) qui étaient : (1) les caractéristiques personnelles du JAC ; (2) sa santé et son bien-être ; (3) ses symptômes ; (4) sa capacité fonctionnelle ; (5) les exigences de son travail ; (6) les politiques et (7) les règlements et les facteurs économiques de son

travail. Si ces auteurs s'étaient attardés à étudier les facteurs de réussite dans le cadre du processus de retour au travail des JAC, force est de constater que ces facteurs sont également applicables afin d'évaluer si une intervention réussira à réduire l'anxiété chez les JAC dans le cadre de ce processus de retour. Par exemple, dans notre étude, sur le plan des caractéristiques personnelles, les patients qui semblaient avoir un système de croyances plus rigides ou plus pessimistes face à l'avenir ou à eux-mêmes n'ont pas nécessairement vécu de diminution de leur anxiété avec l'intervention. Quant à la santé (mentale) et le bien-être des participants, il a été constaté que lorsque les patients présentaient déjà une forte anxiété avant l'intervention, ils n'ont pas non plus connu une baisse de leur anxiété, certains ayant même expérimenté une plus forte anxiété. Cela est notamment dû au contenu plus volumineux et anxiogène des séances portant sur les symptômes et sur la peur de la récurrence. Enfin, les symptômes d'un patient, sa capacité fonctionnelle, les exigences de son travail, ainsi que les autres éléments de son emploi sont autant de facteurs individuels qui influenceront le succès de l'intervention à réduire l'anxiété. Cela peut être constaté dans les analyses de cas individuelles présentées ci-haut, où par exemple, une participante présentant de nombreux symptômes et de sérieux handicaps suivant le cancer est restée avec une forte anxiété et du pessimisme face à ses possibilités d'avenir.

De manière plus générale, même si nos participants n'ont pas connu de baisse significative de leur anxiété dans l'immédiat, rappelons que certains de nos outils portaient sur un travail à plus long terme, comme dans le cas de la restructuration cognitive. Celle-ci tendra à faire effet sur le système de croyances d'un individu (notamment lorsque celui-ci inclut des cognitions anxiogènes et pessimistes), à plus long terme et avec la pratique et la répétition. En ce sens, il sera intéressant dans une future étude, d'évaluer les patients en période post intervention par exemple à six et à douze mois suivant celle-ci. Ainsi, la réponse à cette question est oui, l'intervention a le potentiel de réduire l'anxiété, mais plusieurs facteurs individuels viennent interférer avec ce potentiel.

Finalement, à la question « L'intervention peut-elle améliorer le bien-être relié à la santé ? », il semble que cette réponse soit plus claire que pour la question précédente. Car même chez les participants plus pessimistes, possédant moins de ressources ou ayant plus d'anxiété, des éléments ont été rapportés par eux comme les ayant aidés et ayant contribué à un bien-être. D'ailleurs, les résultats aux questionnaires HADS, FACT-G et IASTA pointent en ce sens. En effet, si ces questionnaires ont révélé peu de changement sur le plan de l'anxiété, les niveaux de bien-être – dans différentes sous-échelles du FACT-G – ont semblé s'améliorer pour tous, dans au moins deux domaines, ou sur l'échelle globale et cela, même chez la participante la moins satisfaite du programme. Il est peut-être possible d'expliquer ce résultat optimiste par la pluralité des outils et différents ingrédients que l'ensemble du programme offrait. En effet, la question de « bien-être » est clairement plus vaste que celle de l'anxiété qui ne touche qu'un seul aspect de la santé mentale, voire de la vie, d'un individu. Par exemple, il se peut que le fait de conserver des ressources, un coffre à outils et tout ce qui se trouvait dans les manuels ait été rassurant pour certains, améliorant leur bien-être fonctionnel. Le fait d'être enfin écoutés, soutenus, compris, non jugés et d'avoir l'espace pour ventiler peut avoir été soulageant pour d'autres, améliorant ainsi leur bien-être social ou émotionnel. Il est possible que le fait de décortiquer les différents aspects, un à un, des besoins et réalités des JAC, thème après thème, au fil des séances ait été soutenant pour d'autres, améliorant leur bien-être fonctionnel ou physique. Il se peut aussi que d'écouter du contenu informatif précisément axé sur leur réalité de JAC ait été très pertinent et rassurant pour d'autres. L'invitation à réfléchir, à écrire, à considérer les avantages et désavantages du cancer, à réviser leur priorité a peut-être permis un cheminement philosophique important pour d'autres, améliorant leur bien-être général. Il est aussi possible que le fait de normaliser avec des statistiques et avec plusieurs exemples d'autres JAC ayant vécu telle ou telle réalité similaire à la leur ait été validant pour d'autres. Ainsi, il semble qu'effectivement l'intervention et le programme peuvent améliorer le bien-être chez les JAC. Il n'en reste pas moins que – tout comme

à la question sur l'anxiété – les facteurs individuels de chacun, mais également l'implication et la motivation qu'ils présentent avant l'intervention sont à considérer dans ce résultat.

#### 4.3 Apport scientifique de cette étude

Cette étude a été la toute première à offrir une intervention axée sur le retour au travail/études spécialement conçue pour les JAC et à en évaluer l'acceptabilité. Les JAC avaient exprimé le besoin d'être accompagnés et d'avoir accès à des outils et ressources pour les aider à mieux gérer ce processus de retour au travail/études. En ce sens, l'intervention proposée semble avoir réussi à les satisfaire sur plusieurs plans, notamment celui de l'anxiété. La porte a ainsi été ouverte à de futures études qui voudront reprendre cette intervention et étudier plus en profondeur son acceptabilité et sa faisabilité auprès des JAC de différentes populations et caractéristiques sociodémographiques.

Notre intervention s'est également démarquée en offrant une version audio des manuels et cahiers d'exercices, la rendant ainsi accessible à tous ceux qui n'ont pas la force ou la capacité de lire du contenu écrit, ou tout simplement à quiconque qui aurait plus de facilité à apprendre en écoutant plutôt qu'en lisant.

Enfin, en étudiant de plus près, un petit échantillon de participants, plusieurs faits intéressants, qui n'auraient pas pu être approfondis dans une étude de plus grande envergure, ont été constatés. Par exemple, interrogés individuellement, les JAC semblent parfois ne pas apprécier le contact avec les autres JAC, parfois parce qu'ils trouvent cela trop lourd émotionnellement, parfois parce qu'ils se comparent et ressentent de la jalousie et d'autres fois parce qu'ils trouvent cela traumatique, les

faisant replonger dans la réalité du cancer, alors qu'ils cherchent plutôt à passer à autre chose et à revenir à la normale. Force est de constater qu'une intervention individuelle est plus facile à organiser comparativement à une intervention de groupe (qui était prévue au départ) étant donné qu'il est plus facile de s'adapter à l'horaire particulier de chaque participant. Enfin, en prenant la peine d'interroger les participants à l'aide de questions ouvertes, la richesse et la diversité des suggestions que les JAC avaient à offrir sur leurs besoins et préférences, mais aussi leur grande motivation à le faire ont été constatées.

#### 4.4 Les limites de cette étude

Bien que cette étude ait eu plusieurs effets positifs et contributions significatives, des limites demeurent. Ces limites seront importantes à considérer dans le cadre de futurs programmes et études utilisant notre intervention. Les résultats et constatations de cette étude sont limités pour les raisons suivantes : (1) elle a été conduite sur un petit échantillon de 5 personnes, ce qui peut s'avérer peu représentatif d'une plus vaste population de JAC à l'échelle nationale et internationale ; (2) l'étude ne comportait qu'un seul groupe de participants qui bénéficiait de l'intervention. Dans plusieurs études pilotes, afin de montrer la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention, il est important de conduire l'intervention sur au moins deux groupes distincts dont un reçoit l'intervention et l'autre n'en reçoit pas ou en reçoit une différente. Ainsi, il s'avère ardu de juger de l'amélioration de l'anxiété et de la qualité de vie reliée à la santé des participants, en attribuant ce résultat à l'effet de l'intervention ; (3) l'intervention a débuté uniquement 24 mois après le début du recrutement, cela ayant pu créer des biais dans les participants qui sont restés tout en ne sachant pas pourquoi ceux qui ont quitté l'ont fait et (4) les participants à notre étude avaient des caractéristiques similaires entre eux (p. ex. tous de race caucasienne, tous avec une éducation supérieure, tous en âges

de plus de 25 ans), et peu représentatives d'une population plus générale (p. ex. quatre femmes vs 1 homme), tout ceci faisant en sorte que les données ici récoltées s'avèrent peu généralisables.

#### 4.5 Suggestions pour les futures études

Pour le recrutement, la suggestion d'offrir l'intervention sur divers médias, mais principalement sur Internet, ce qui semble plus efficace et moins coûteux est émise. L'idée de démarrer une page Facebook ainsi que d'afficher l'intervention sur d'autres réseaux sociaux, précisément dédiés aux JAC afin d'augmenter la visibilité du programme et faire du recrutement un plus grand succès devrait être considérée.

Lors de l'entrevue d'éligibilité, il pourrait être utile de mieux évaluer l'anxiété des participants et de resserrer les critères d'exclusion. Cela pourrait se faire en mettant le critère suivant : sont exclus les participants présentant une anxiété situationnelle ou une anxiété de trait de type « forte anxiété ». Et cela, en addition au critère mis en place, visant à exclure les participants ayant déjà reçus un diagnostic psychologique. Cette mesure viserait à rediriger les participants trop anxieux préalablement vers des soins plus précis et individuels, tels qu'une psychothérapie visant d'abord à réduire l'anxiété, parfois en place depuis l'enfance et exacerbée par le cancer et les traitements.

Cette étude devrait être reconduite avec un plus grand nombre de participants et avec un devis randomisé entre un groupe contrôle et un groupe intervention. L'effet de l'intervention sur l'anxiété et le bien-être des participants serait alors plus facile à mesurer. Tel que mentionné ci-haut, il sera pertinent aussi de reconduire les évaluations à postériori, par exemple à six et à douze mois après l'intervention afin de constater du

maintien des gains dans le temps, ou même, d'améliorations additionnelles, à cause de la mise en pratique et la répétition de certaines techniques et stratégies.

Tel que suggéré dans l'article scientifique en chapitre II, il semble appréciable de conduire des entrevues post-intervention, tel que ce fut le cas dans cette étude, car celles-ci tendent à produire deux effets bénéfiques : (1) permettre aux patients de donner des suggestions précises et justes sur leurs besoins, désirs, préférences et que celles-ci sont bien souvent pertinentes à l'amélioration des programmes d'intervention et (2) donner le sentiment de pouvoir d'agir, d'importance et de respect aux patients, leur montrant que la recherche est à leur écoute, afin d'améliorer l'offre de services qui vise juste à répondre à leurs besoins à eux.

Tel que mentionné plus haut, dans plusieurs études précédentes, les JAC ont fait mention de leur appréciation pour le soutien d'autres JAC, dans le cadre, par exemple, d'interventions de groupe. Dans une étude plus récente, sur les personnes atteintes du cancer (non spécifique aux JAC), les participants semblent apprécier les interventions en ligne ou de groupe, mais préfèrent nettement les rencontres individuelles et en personne (Schuit *et al.*, 2021). Ainsi, un besoin de préciser le désir des JAC pour le soutien psychosocial, mais également pour ses modalités est constaté. La suggestion qu'une étude portant sur les besoins des JAC à ce sujet soit conduite est émise. Celle-ci devrait être très précise en demandant aux JAC les informations suivantes : (1) Ont-ils le désir d'être accompagnés et d'obtenir une aide psychologique ? (2) Ceux qui ont effectivement ce besoin le préfère-t-il en modalité (a) de groupe, (b) individuelle, (c) en ligne (semblable à notre intervention) et/ou (d) en personne. Enfin, il pourrait être également intéressant, dans cette même étude, de préciser pourquoi les JAC croient ne pas avoir besoin de cette aide psychologique. Est-ce, par exemple, parce qu'ils ont des ressources personnelles suffisantes ? Est-ce parce qu'ils bénéficient d'un entourage qui les supportent suffisamment ? Est-ce qu'ils préfèrent ne recevoir qu'une aide médicale et non psychologique parce qu'ils n'y voient pas l'utilité ? Il serait ainsi possible de



mesurer la quantité d'individus intéressés par la modalité de groupe. Dans l'éventualité où il y aurait effectivement une quantité notable de JAC ayant le désir de participer à une intervention de groupe, avec d'autres JAC, la suggestion que cette intervention soit offerte en format de groupe est émise. Néanmoins, il a été constaté que les JAC trouvent parfois difficile – voire insupportable – d'entendre les histoires souffrantes d'autres JAC ou ont parfois l'impression que cela les replonge trop dans le cancer, dont ils souhaitent se sortir. Ainsi, si cette intervention était offerte en format de groupe, des facilitateurs ou intervenants qui gèreraient et dirigeraient les conversations de sorte qu'une quantité raisonnable de révélations soient faites par les JAC en groupe seraient à prévoir.

La recommandation que l'intervention soit appliquée en ajoutant une composante motivationnelle, par exemple, avec le manuel et l'approche motivationnelle, telle que décrite dans l'ouvrage « Pratique de l'entretien motivationnel » de Rollnick *et al.* (2009) est proposée. En effet, puisque le contenu peut être volumineux et parfois anxiogène, une approche ajoutée concernant la motivation du participant pourrait faire mieux bénéficier les participants des stratégies offertes. D'ailleurs dans nos résultats, les participantes les plus motivées ont été celles qui ont le mieux adhéré au traitement et qui en ont le plus bénéficié.

Enfin, la suggestion que l'intervention soit traduite en anglais, tant pour ce qui est des manuels que des séances d'intervention offertes, afin qu'un plus grand nombre de JAC bénéficient de l'intervention est émise. Surtout considérant le besoin criant d'intervention propre à cette population et à cette transition de vie importante. Au passage, il serait pertinent d'ajouter des ressources – présentes dans chaque manuel – couvrant un plus vaste territoire que le Québec, en les étendant à l'échelle du Canada. Il serait possible d'en faire différentes versions pour chaque pays, incluant les ressources pertinentes selon le lieu.

#### 4.6 Conclusion

En conclusion, les données diversifiées et riches en informations pertinentes qui ont été récoltées permettent de croire qu'il y a bon espoir qu'une intervention telle que celle-ci puisse aider les JAC de manière générale dans leur processus de retour au travail/études. Plus précisément, il semble que ceux-ci en apprécient les ingrédients et ressentent un plus grand bien-être dans différentes dimensions de leur vie, après avoir reçu une telle intervention, bien que celle-ci puisse encore être améliorée.

Il apparaît évident que les JAC ont des besoins et réalités spécifiques à leur âge et leur stade développemental. Le besoin d'avoir accès à des ressources accessibles, gratuites et soutenantes afin de les accompagner dans le cadre de leur processus de retour au travail/études demeure. Nous espérons que cette étude aura pu contribuer à l'enrichissement des connaissances à leur sujet et que notre intervention servira lors de futures études et programmes, afin d'aider un maximum de JAC dans le besoin.

**UQÀM**  
Université du Québec à Montréal

[illegible]

## ANNEXE B – ENTREVUE D'ÉLIGIBILITÉ

### Entrevue d'éligibilité



Nom et prénom du participant : \_\_\_\_\_

N° de dossier : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Date de l'entrevue : \_\_\_\_\_

#### 1. Introduction

Bonjour, mon nom est Véronique Ménard. Je suis doctorante en psychologie sous la supervision de D<sup>re</sup> Sylvie Aubin, psychologue spécialisée en oncologie psychosociale des jeunes adultes atteints d'un cancer. Je mène une étude portant sur un groupe d'intervention en-ligne pour personnes atteintes de cancer, spécifiquement dans le but de les aider dans leur cheminement de retour au travail ou aux études. Je vous contacte afin de déterminer si ce groupe d'intervention pourrait vous convenir.

J'aimerais d'abord savoir comment vous avez entendu parler de cette étude?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merci.

Le groupe dans lequel vous serez inscrit commencera le [16 mai 2018] et se déroulera les [mercredis], de [13h00] à [14h30]. J'aimerais m'assurer que ce moment vous convient. Aussi, j'aimerais m'assurer de certains détails techniques :

- Avez-vous accès à un ordinateur avec internet lors des séances et à d'autres moments (pour recevoir des courriels, compléter des questionnaires)
- Êtes-vous à l'aise de communiquer via clavardage en français?

Laissez-moi tout d'abord vous décrire brièvement le fonctionnement du groupe. N'hésitez pas à m'arrêter à tout moment si vous avez des questions.

- Le groupe sera composé de 8 à 9 participants.
- Il sera animé par deux intervenantes spécialisées en oncologie, soit une psychologue, D<sup>re</sup> Sylvie Aubin, et une doctorante en psychologie (moi-même).
- Les séances seront d'une durée de 90 minutes chacune. Elles auront lieu une fois par deux semaines, toujours à la même heure pour les 6 séances.
- Un manuel portant sur des sujets pertinents à chaque séance orientera la discussion en ligne. Je vous acheminerai ce manuel par courriel en format PDF.

## Entrevue d'éligibilité



Avez-vous des questions concernant le feuillet d'information et formulaire de consentement ?

---

---

Maintenant, vous pourriez ouvrir le document décrivant les termes d'utilisation du site Web CancerChatCanada et suivre avec moi pendant que je vous en fais la lecture. Si non, je vais tout de même vous en faire la lecture et vous pourrez le relire avant de compléter le premier questionnaire.

*[Lire les termes d'utilisation du site Web CancerChatCanada.]*

Avez-vous des questions concernant les termes d'utilisation du site Web CancerChatCanada ?

---

---

Dans le premier questionnaire que vous aurez à compléter en-ligne [questionnaire pré-intervention], il y aura une question demandant si vous avez lu ces deux documents : 1. feuillet d'information et formulaire de consentement; 2. termes d'utilisation du site Web CancerChatCanada, et si vous consentez à participer à ce groupe d'intervention en ligne.

*[Expliquez au participant qu'il sera en mesure de refuser de participer lors du premier questionnaire et que s'il refuse, cela n'affectera d'aucune façon ses soins de santé.]*

*[Expliquez au participant que s'il a des questions supplémentaires concernant ces deux documents, qu'il peut vous appeler à tout moment pour en discuter.]*

### 3. Critères d'inclusion

Afin de compléter votre inscription à ce groupe d'intervention en ligne, j'ai besoin de certaines informations à votre sujet :

- Adresse courriel : \_\_\_\_\_
- Adresse postale : \_\_\_\_\_
- Âge : \_\_\_\_\_
- Sexe : \_\_\_\_\_
- Type de cancer : \_\_\_\_\_
- Vous souvenez-vous du mois et de l'année que vous reçu votre diagnostic (pour la 1<sup>ère</sup> fois) ? : \_\_\_\_\_
- Pouvez-vous m'en dire un peu plus à propos d'où vous en êtes avec vos traitements ?  
\_\_\_\_\_

## Entrevue d'éligibilité



- À quel hôpital avez-vous reçu votre traitement initial?  
\_\_\_\_\_
- Avez-vous complété tous vos traitements au même hôpital?  
\_\_\_\_\_
- Êtes-vous retourné au travail ou aux études depuis la fin de votre traitement initial?  
\_\_\_\_\_
  - a. Si oui : depuis quand?  
\_\_\_\_\_
  - b. Si non : comptez-vous retourner au travail ou aux études au cours des 12 prochains mois?  
\_\_\_\_\_
- Voyez-vous un thérapeute ou psychiatre en ce moment ? Planifiez-vous consulter un thérapeute ou psychiatre au cours des six prochains mois?  
\_\_\_\_\_
  - a. Si oui : À quelle fréquence se font/ feront les rencontres?  
\_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà reçu un diagnostic psychologique ou psychiatrique au cours de votre vie? Si oui, pouvez-vous le préciser, ainsi que le traitement reçu.

Trouble: \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_ Psychothérapie (#sessions): \_\_\_\_\_  
Psychotrope (durée du Rx): \_\_\_\_\_

Trouble: \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_ Psychothérapie (#sessions): \_\_\_\_\_  
Psychotrope (durée du Rx): \_\_\_\_\_

Trouble: \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_ Psychothérapie (#sessions): \_\_\_\_\_  
Psychotrope (durée du Rx): \_\_\_\_\_

Beaucoup de personnes se joignent à ce type de groupe d'intervention avec l'espoir de partager des informations personnelles à propos de la manière dont ils s'adaptent à leur maladie. Souvent, cela signifie qu'ils discutent de leurs craintes et peurs reliées au traitement, à leurs expériences de retour au travail ou aux études, ou encore de leurs inquiétudes à propos de la manière dont leur entourage fait face à leur maladie.

- Pensez-vous que vous serez à l'aise avec ce type d'échanges?  
\_\_\_\_\_



## Entrevue d'éligibilité



Parfois, cet échange se fera avec des personnes qui sont à différentes phases de leur maladie et de leur retour au travail et il peut être difficile d'entendre parler de quelqu'un qui va plus ou moins bien que vous. Seriez-vous à l'aise avec cela ?

*[Si le patient semble hésitant, demander s'il ou si elle a des questions à propos du groupe. Offrir de fournir des informations supplémentaires dans le premier courriel.]*

---

---

Aussi, nos groupes se rencontrent chaque deux semaines, pour une durée de 11 semaines, à partir du [16 mai 2018]. Nous aimerions nous assurer que vous serez en mesure d'assister à l'ensemble des 6 séances et que vous n'avez pas d'engagement pouvant interférer avec votre participation.

*[Expliquer que nous comprenons que des imprévus surviennent et qu'ils ne seront pas retirés du groupe s'ils ne sont pas en mesure d'y assister en raison de circonstances imprévues.]*

---

---

Afin de compléter votre inscription au groupe, pourriez-vous me transmettre les coordonnées d'une personne que nous pourrions contacter en cas d'urgence svp ? Cette information nous sera utile seulement dans le cas où l'un des animateurs est dans l'incapacité de vous rejoindre. Elle sera utilisée strictement en cas d'urgence.

*[Noter le nom de la personne à contacter en cas d'urgence, son numéro de téléphone et le lien qui les unit.]*

---

---

### 5. Choix du nom d'utilisateur et du mot de passe

Il ne nous reste plus qu'à choisir votre nom d'utilisateur et votre mot de passe pour les séances de clavardage. Nous conseillons d'utiliser votre prénom et la première lettre de votre nom. Si ce nom d'utilisateur est déjà pris, nous en déterminerons un autre ensemble. Si vous avez un stylo en main, nous pourrions dès maintenant choisir votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

*[Notez le nom d'utilisateur et le mot de passe du participant afin de pouvoir lui transmettre en cas de perte.]*

Nom d'utilisateur (souvent prénom et première lettre du nom de famille) : \_\_\_\_\_

Mot de passe : \_\_\_\_\_

## Entrevue d'éligibilité



C'est ce nom d'utilisateur que vous utiliserez pour remplir le questionnaire sociodémographique dont je vous ai parlé. Je vous invite maintenant à retourner dans le courriel que je viens de vous envoyer afin de compléter ce questionnaire en ligne.

Une fois que vous l'aurez complété, nous vous enverrons un deuxième courriel avec les instructions nécessaires pour accéder au site de clavardage de CancerChatCanada.

Avez-vous des questions? Svp, n'hésitez pas à me rappeler si vous en avez. Et si je suis absente, vous n'avez qu'à me laisser un message dans ma boîte vocale et je vous rappellerai dans les plus brefs délais.

---

---

---

---

---

---

---

---

Je vous remercie beaucoup pour votre temps.

Merci et à bientôt!

Entrevue conduite et remplie par : \_\_\_\_\_,  
doctorante en psychologie, UQÀM, sous la supervision de Dre Sylvie Aubin, psychologue

DATE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Véronique Ménard, B.Sc., Doctorante en psychologie, UQÀM.



## ANNEXE C – QUESTIONNAIRE *PHQ-9*

| <b>QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU<br/>PATIENT-9<br/>(PHQ-9)</b>                                                                                                                 |        |                 |                    |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------|--------------------|------------------------|
| <b>Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?</b><br><i>(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)</i> | Jamais | Plusieurs jours | Plus de sept jours | Presque tous les jours |
| 1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses                                                                                                                              | 0      | 1               | 2                  | 3                      |
| 2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)                                                                                                                                | 0      | 1               | 2                  | 3                      |
| 3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir                                                                                                             | 0      | 1               | 2                  | 3                      |
| 4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie                                                                                                                                 | 0      | 1               | 2                  | 3                      |
| 5. Peu d'appétit ou trop manger                                                                                                                                                | 0      | 1               | 2                  | 3                      |
| 6. Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille                 | 0      | 1               | 2                  | 3                      |
| 7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision                                                                             | 0      | 1               | 2                  | 3                      |
| 8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude       | 0      | 1               | 2                  | 3                      |
| 9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre                                                                            | 0      | 1               | 2                  | 3                      |

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
 =Total Score:

---

**Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?**

|                                                             |                                                        |                                                      |                                                             |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Pas du tout difficile(s)</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Plutôt difficile(s)</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Très difficile(s)</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Extrêmement difficile(s)</b><br><input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

## ANNEXE D – QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

### Questionnaire Sociodémographique

**INSTRUCTIONS:** Bonjour et merci d'accepter de participer à cette étude! Le but de ce questionnaire est d'avoir des informations concernant ton statut sociodémographique, l'historique de ta santé médicale et mentale, ton mode de vie actuel ainsi que des questions à propos de ton retour au travail/études.

#### SECTION A: Informations sociodémographiques

1. Ta date de naissance et ton âge: \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ ans
2. Ton origine ethnique: \_\_\_\_\_
3. Est-ce que le français est ta langue maternelle ☐ Oui ☐ Non  
Parles-tu d'autres langues? Si oui, lesquelles: \_\_\_\_\_
4. Le plus haut niveau d'études que tu as complétées:  
☐ Collège ☐ École professionnelle/technique ☐ CEGEP  
☐ Baccalauréat ☐ Diplôme d'études supérieures (Maîtrise, doctorat)  
☐ Autre (décrire svp) \_\_\_\_\_
5. En ce moment es-tu: ☐ Célibataire ☐ En couple  
5a. Depuis combien de temps es-tu avec ton/ta partenaire \_\_\_\_\_
6. As-tu des enfants ☐ Non ☐ Oui  
6a. Si oui, combien \_\_\_\_\_ et quel âge(s) \_\_\_\_\_
7. En ce moment, est-ce que tu vis  
☐ Seul(e) ☐ Avec ton/ta partenaire ☐ Avec un(e) colocataire ☐ Chez tes parents  
Autre \_\_\_\_\_

#### SECTION B: Informations sur ta santé médicale et mentale

##### Historique de ton cancer

1. Le(s) type(s) de cancer que l'on t'a diagnostiqué(s), quand et à quel(s) âge(s):  
\_\_\_\_\_, Mois/année \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, Mois/année \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_,
2. Est-ce qu'on t'a déjà dit que tu étais atteint d'un cancer en phase avancée ou que le cancer s'était propagé ailleurs?  
☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas
3. Depuis ton diagnostic initial, as-tu eu une récurrence et, si oui, à quel âge?  
☐ Non ☐ Oui  
3a. Si oui, à quel âge: \_\_\_\_\_

3b. Combien de mois après ton diagnostic initial la récurrence est-elle apparue : \_\_\_\_\_ mois

4. Quels types de traitement(S) initiaux as-tu reçus (cocher chacune des catégories applicables) :

- ☐ Chirurgie                      ☐ Radiothérapie                      ☐ Chimiothérapie  
☐ Autres traitements contre le cancer (p.ex. traitement d'hormone)  
☐ Autre (décrire svp) \_\_\_\_\_

5. Si ton traitement est terminé, à quand remonte ton dernier traitement (NB : ne pas inclure le traitement hormonal), \_\_\_\_\_ mois ou \_\_\_\_\_ années:

6. Comment décrirais-tu ta capacité physique actuellement :

- ☐ Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie  
☐ Activité physique diminuée, mais capable de se déplacer et de mener un travail  
☐ Capable de se déplacer et de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et au lit moins de 50% du temps  
☐ Capable seulement de quelques activités. Au lit ou en chaise plus de 50% du temps.  
☐ Incapable de prendre soin de soi-même. Au lit ou en chaise en permanence.

Autres conditions médicales et médication

7. Quelles conditions médicales ou interventions as-tu reçues depuis ton cancer (ex: Migraine maux de tête, Diabète, Chirurgie du genou) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Quels types de médication prends-tu en ce moment, incluant les médicaments non prescrites (nom et dosage):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

État de santé émotionnelle et psychologique

Nous souhaitons nous assurer que le groupe d'intervention en ligne est une façon appropriée pour toi d'obtenir l'aide dont tu as besoin; par conséquent, la série de questions suivante concerne ton état de santé émotionnelle et psychologique.

Les réponses à ces questions seront gardées confidentielles, à moins que nous ayons des raisons de croire que tu pourrais adopter des comportements dangereux envers toi-même ou d'autres personnes. Aucune de tes réponses ne fera partie de ton dossier médical permanent.

9- Au cours des deux dernières semaines, as-tu eu le sentiment que la vie était si difficile qu'elle ne valait pas la peine d'être vécue?

☐ Oui ☐ Non

- Si oui : Étant donné ta réponse à la question précédente, tu seras contacté(e) par un des membres de l'équipe afin de recueillir des informations supplémentaires et t'offrir des ressources supplémentaires

10- Au cours des deux dernières semaines, t'es-tu fait du mal de façon volontaire ou as-tu tenté de le faire ?

☐ Oui ☐ Non

- Si oui : Étant donné ta réponse à la question précédente, tu seras contacté(e) par un des membres de l'équipe afin de recueillir des informations supplémentaires et t'offrir des ressources supplémentaires

Soutien reçu pour les problématiques liées au cancer

11. As-tu déjà participé à des activités conçues spécifiquement pour les survivants au cancer? (cocher les activités essayées)

Cocher si spécifique aux jeunes adultes

- |                                                                                |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Groupe de soutien                                     |                          |
| <input type="radio"/> En personne                                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Par vidéoconférence (ex. Skype)                          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Par clavardage                                           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Soutien individuel                                    |                          |
| <input type="radio"/> En personne                                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Par vidéoconférence (ex. Skype)                          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Par clavardage                                           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Forums de discussion (ex. Facebook, blog)             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Séances d'information (ex. conférences, webinar)      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Activités et sorties (ex. retraites, soirées, sports) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mentorat ou contact avec un autre survivant au cancer | <input type="checkbox"/> |

12. Quelle sont tes façons habituelles ou préférées de communiquer avec tes proches? Cocher tes trois façons habituelles ou préférées.

- ☐ En personne
- ☐ Au téléphone
- ☐ Par messages instantanés (ex. SMS, messages Facebook, messages Skype)
- ☐ Par vidéoconférence (ex. Skype)
- ☐ Par courriel
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

SECTION D : Informations sur ton travail/tes études

I - QUESTIONS SUR LE TRAVAIL

1. Travaillais-tu avant ton cancer ?

☐ Oui ☐ Non (sauter à la question 6)

2. Quel type de travail faisais-tu **avant ton cancer**, et depuis combien de temps ?

Travail : \_\_\_\_\_

Depuis : \_\_\_\_\_ (mois/années)

3. Ton statut de travail **avant ton cancer**:

- Travail à temps plein (\_\_\_\_ #heures par \_\_\_\_ semaine ou \_\_\_\_ mois)
- Travail à temps partiel (\_\_\_\_ #heures par \_\_\_\_ semaine ou \_\_\_\_ mois)
- En arrêt de maladie temporaire depuis (\_\_\_\_ mois \_\_\_\_ année)
- En arrêt de maladie permanent depuis (\_\_\_\_ mois \_\_\_\_ année)
- J'étais en congé de maternité
- Je ne travaillais pas

4. Étais-tu es travailleur autonome au moment de ton diagnostic de cancer ?

☐ Non ☐ Oui

5. Est-ce que tu as cessé ton travail suite à ton cancer?

☐ Non ☐ Oui

5a. Si oui, pendant approximativement combien de temps (\_\_\_\_ mois \_\_\_\_ années ou \_\_\_\_ encore en arrêt)

5b. Si non, as-tu continué de travailler à

- Temps plein (\_\_\_\_ #heures par \_\_\_\_ semaine ou \_\_\_\_ mois)
- Temps partiel (\_\_\_\_ #heures par \_\_\_\_ semaine ou \_\_\_\_ mois)
- Temps variable (\_\_\_\_ #heures par \_\_\_\_ semaine ou \_\_\_\_ mois)

6. Quel type de travail fais-tu en ce moment, et ce depuis combien de temps ?

- Travail : \_\_\_\_\_
- Depuis : \_\_\_\_\_ (mois/années)
- Je ne travaille pas depuis : \_\_\_\_\_ (mois/année)

7. Est-ce que tu es travailleur autonome ?

☐ Non ☐ Oui

8. Ton statut de travail en ce moment:

- Travail à temps plein (\_\_\_\_ #heures par \_\_\_\_ semaine ou \_\_\_\_ mois)

- Travail à temps partiel ( \_\_\_\_\_#heures par \_\_\_\_\_ semaine ou \_\_\_\_\_ mois)
- Je suis en congé de maternité (\_\_\_\_\_)
- Je ne travaille pas (\_\_\_\_\_)

8a. Si tu es retourné au travail :

- Je suis retourné travailler depuis (\_\_\_\_\_mois \_\_\_\_\_année)
- Je suis retourné travailler à pleine capacité (100%) depuis (\_\_\_\_\_mois \_\_\_\_\_année)
- En arrêt de maladie temporaire depuis (\_\_\_\_\_mois \_\_\_\_\_année)
- En arrêt de maladie permanent depuis (\_\_\_\_\_mois \_\_\_\_\_année)

8b. Si tu n'es pas retourné au travail :

- Mon retour est prévu pour (\_\_\_\_\_mois \_\_\_\_\_année)
- Je n'ai pas de date prévue de retour au travail (\_\_\_\_\_)

9. Comment qualifierais-tu ton environnement de travail actuel? Cocher tous les choix applicables.

- ☐ Stressant et peu satisfaisant/motivant
- ☐ Stressant mais satisfaisant/motivant
- ☐ Un peu stressant mais satisfaisant/motivant
- ☐ Pas trop stressant mais pas très motivant/satisfaisant
- ☐ Très difficile physiquement
- ☐ Très difficile émotionnellement/psychologiquement
- ☐ Je ne travaille pas

10. Est-ce qu'il y a eu une différence entre ta date planifiée et ta date réelle de retour au travail ?

☐ Non ☐ Oui ☐ Non applicable

10a. Si oui quelles étaient :

Ta date planifiée de retour au travail (\_\_\_\_\_mois \_\_\_\_\_année)

Ta date réelle de retour au travail (\_\_\_\_\_mois \_\_\_\_\_année)

11. Comment s'est établie ta date et ton plan ton retour au travail ?

- Mon médecin m'a donné une date et un plan de retour
- Mon agent d'assurance m'a donné une date et un plan de retour
- Mon employeur m'a donné une date et un plan de retour
- J'ai choisi moi-même et négocié une date et un plan de retour avec mon médecin
- J'ai choisi moi-même et négocié une date et un plan de retour avec mon agent d'assurance
- J'ai choisi moi-même et négocié une date et un plan de retour avec mon employeur
- Autre : \_\_\_\_\_
- Non applicable

12. Quel a été ton plan de retour au travail jusqu'à ton retour complet? (Ici, complet ne veut pas nécessairement dire à temps plein, mais plutôt ce que tu considères comme étant un retour complet).

\_\_\_\_\_Heures ou \_\_\_\_\_Jour /semaine pendant \_\_\_\_\_ semaines

\_\_\_\_\_Heures ou \_\_\_\_\_Jour /semaine pendant \_\_\_\_\_ semaines

\_\_\_\_\_Heures ou \_\_\_\_\_Jour /semaine pendant \_\_\_\_\_ semaines

\_\_\_\_\_Heures ou \_\_\_\_\_Jour /semaine pendant \_\_\_\_\_ semaines

13. As-tu été en mesure de retourner au même poste/type de travail **qu'avant ton cancer** ?

☐ Non ☐ Oui ☐ Non applicable

13a. Si oui, combien de temps après ton diagnostic ? \_\_\_\_\_

13b. Si non pourquoi ?

- ☐ J'ai perdu mon emploi parce que mon poste a été aboli ou qu'on m'a remplacé(e)
- ☐ J'ai accepté un autre poste/type de travail à temps plein
- ☐ J'ai accepté un autre poste/type de travail mais à temps partiel ou temporaire
- ☐ J'ai accepté un autre poste qui est moins bien \_\_\_\_\_ payé ou \_\_\_\_\_ mieux payé
- ☐ J'ai décidé de retourner au même poste/type de travaux mais de réduire mes heures de travail à \_\_\_\_\_ (#heures) par semaine/mois)
- ☐ J'ai décidé de changer d'employeur ou de type de travail
- ☐ J'ai décidé de devenir travailleur autonome
- ☐ Autre raisons : \_\_\_\_\_

14. Suite à ton retour au travail, as-tu été obligé de modifier ton plan de retour parce que tu as réalisé que tu étais retourné aux études trop rapidement ?

☐ Non ☐ Oui ☐ Non applicable

14a. Si oui, combien de temps après ta première journée de retour au travail ? (\_\_\_ jours, \_\_\_ mois)

14b. Si oui, de quelle façon ?

- ☐ J'ai dû retourner en arrêt de travail
- ☐ J'ai dû réduire mon nombre d'heures/de jours de travail
- ☐ J'ai pris plus de temps avant d'augmenter mes heures/jours de travail

14c. Si oui, pour quelle raison ? Cocher toutes les réponses applicables.

- ☐ Les séquelles physiques (fatigue, douleur)
- ☐ Les séquelles psychologiques (ex. anxiété, frustration, tristesse, manque de confiance, attentes des autres, mes attentes envers moi-même)
- ☐ Le manque de soutien (ex. du patron, des collègues, des ressources humaines)
- ☐ Charge de travail trop pleine ou trop de responsabilités
- ☐ Autre

## II - QUESTIONS SUR LES ÉTUDES

1. Es-tu encore aux études ou étais-tu étudiant au moment de ton diagnostic ?

☐ Oui ☐ Non (sauter à la section D-III : Questions générales de retour au travail/études)

2. Quel est le type de diplôme que tu vises: \_\_\_\_\_

2a. Quelle est ta date prévue de graduation : (\_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année)

2b. Quand as-tu commencé ce programme d'études ? (mm/aaaa)

3. Comment qualifierais-tu ton domaine d'études actuel ?

- ☐ Stressant et peu satisfaisant/motivant
- ☐ Stressant mais satisfaisant/motivant
- ☐ Un peu stressant mais satisfaisant/motivant

- Pas trop stressant mais pas très motivant/satisfaisant
- Très difficile physiquement
- Très difficile émotionnellement/psychologiquement

4. Ton statut d'études en ce moment :

- Je n'étudie pas ( )

4a. Si tu es retourné aux études :

- Je suis retourné aux études depuis ( ) mois ( ) année)
  - Je suis retourné aux études à pleine capacité (100%) ? Oui / Non
    - Si oui : depuis ( ) mois ( ) année)
  - Etudes à temps plein ( ) #heures ( ) semaine ou ( ) mois)
  - Etudes à temps partiel ( ) #heures ( ) semaine ou ( ) mois)

4b. Si tu n'es pas retourné aux études :

- Mon retour est prévu pour ( ) mois ( ) année)
- Je n'ai pas de date prévue de retour aux études
- En arrêt de maladie temporaire depuis ( ) mois ( ) année)
- En arrêt de maladie permanent depuis ( ) mois ( ) année)

5. Si ça a changé, quel type d'études faisais-tu avant ton cancer :

6. Ton statut d'études avant ton cancer:

- Etudes à temps plein ( ) #heures ( ) semaine ou ( ) mois)
- Etudes à temps partiel ( ) #heures ( ) semaine ou ( ) mois)
- En arrêt de maladie temporaire depuis ( ) mois ( ) année)
- En arrêt de maladie permanent depuis ( ) mois ( ) année)
- Je n'étudiais pas

7. Est-ce que tu as cessé tes études suite à ton cancer?

☐ Non ☐ Oui

7a. Si oui, pendant approximativement combien de temps ( ) mois ( ) années ou ( ) encore en arrêt)

7b. Si non, as-tu continué à étudier à

- Temps plein ( ) #heures par ( ) semaine ou ( ) mois)
- Temps partiel ( ) #heures par ( ) semaine ou ( ) mois)
- Temps variable ( ) #heures par ( ) semaine ou ( ) mois)

8. Est-ce qu'il y a une différence entre ta date planifiée et ta date réelle de retour aux études ?

☐ Non ☐ Oui ☐ Non applicable

8a. Si oui quelles étaient :

Ta date planifiée de retour aux études ( ) mois ( ) année)

Ta date réelle de retour aux études ( ) mois ( ) année)

9. Comment s'est établie ta date et ton plan ton retour aux études ?



- Mon médecin m'a donné une date et un plan de retour
- Mon agent d'assurance m'a donné une date et un plan de retour
- Mon professeur m'a donné une date et un plan de retour
- J'ai choisi moi-même et négocié une date et un plan de retour avec mon médecin
- J'ai choisi moi-même et négocié une date et un plan de retour avec mon agent d'assurance
- J'ai choisi moi-même et négocié une date et un plan de retour avec mon professeur
- Autre : \_\_\_\_\_
- Non applicable

10. Quel a été ton plan de retour aux études du début jusqu'à ton retour complet? (Ici, complet ne veut pas nécessairement dire à temps plein, mais plutôt ce que tu considères comme étant un retour complet).

10a. Etudes au Cégep ou au Bac

\_\_\_\_\_ Cours pendant \_\_\_\_\_ session

\_\_\_\_\_ Cours pendant \_\_\_\_\_ session

\_\_\_\_\_ Cours pendant \_\_\_\_\_ session

10b. Etudes aux cycles supérieurs (maîtrise ou doctorat)

\_\_\_\_\_ Heures ou \_\_\_\_\_ Jour /semaine pendant \_\_\_\_\_ semaines

\_\_\_\_\_ Heures ou \_\_\_\_\_ Jour /semaine pendant \_\_\_\_\_ semaines

\_\_\_\_\_ Heures ou \_\_\_\_\_ Jour /semaine pendant \_\_\_\_\_ semaines

11. As-tu été en mesure de retourner au même domaine d'études **qu'avant ton cancer** ?

☐ Non ☐ Oui ☐ Non applicable

11a. Si oui, combien de temps après ton diagnostic ? \_\_\_\_\_

11a. Si non pourquoi ?

- J'ai décidé de retourner au même domaine d'études mais de réduire mes cours à \_\_\_\_\_ (#cours) par session
- J'ai décidé de changer de domaine d'étude
- J'ai décidé de ne plus étudier
- Autre raisons : \_\_\_\_\_

12. Suite à ton retour aux études, as-tu été obligé de modifier ton plan de retour parce que tu as réalisé que tu étais retourné aux études trop rapidement?

☐ Non ☐ Oui ☐ Non applicable

12a. Si oui, combien de temps après ta première journée de retour aux études ? (\_\_\_\_ jours, \_\_\_\_ mois)

12b. Si oui, de quelle façon ?

- J'ai dû retourner en arrêt
- J'ai dû réduire mon nombre de cours/ma charge de travaux
- J'ai pris plus de temps avant d'augmenter mes heures/jours d'études

12c. Si oui, pour quelle raison ?

- Les séquelles physiques (fatigue, douleur)
- Les séquelles psychologiques (ex. anxiété, frustration, tristesse, manque de confiance, attentes des autres, mes attentes envers moi-même)
- Le manque de soutien (ex. du patron, des collègues, des ressources humaines)

- Charge de travail trop pleine ou trop de responsabilités
- Autre

### III - QUESTIONS GÉNÉRALES DE RETOUR AU TRAVAIL/ÉTUDES

1. Qui a rempli tes « papiers d'arrêt de travail/d'études » ?

- Ton oncologue
- Ton chirurgien
- Ton radiooncologue
- Ton médecin de famille
- Ton psychiatre
- Autre : \_\_\_\_\_
- Non applicable

2. À quelle fréquence as-tu :

- 2a. Manqué ton travail/études parce que tu ne te sentais pas bien ?  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément
- 2b. Manqué ton travail/études pour des rendez-vous soit médicaux ou non-médicaux ?  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

3. As-tu, depuis ton cancer :

- 3a. Utilisé la plupart ou la totalité de tes congés ?   ☐ Non   ☐ Oui   ☐ N/A
- 3b. Raté une promotion/avancement au travail ?   ☐ Non   ☐ Oui   ☐ N/A
- 3c. Subi une rétrogradation au travail ?   ☐ Non   ☐ Oui   ☐ N/A
- 3d. Raté ta graduation ou été incapable de graduer en même temps que les autres ?  
☐ Non   ☐ Oui   ☐ N/A
- Si oui, approximativement de combien de temps supplémentaire as-tu perdu eu besoin pour graduer/obtenir ton diplôme ? ( \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ années)

#### SECTION E: Informations sur ton soutien financier

1. Suite au cancer, surtout lorsqu'en arrêt de travail, de quelles sources de soutien financier as-tu bénéficié ? (Cocher toutes les réponses applicables)

- Assurances invalidité de mon employeur (ou employeur de ton/ta partenaire)
- Assurance invalidité privée (toi ou ton/ta partenaire)
- Mon partenaire
- Mes parents
- Mes économies
- Autre source : \_\_\_\_\_

2. Est-ce que tu t'es endetté(e) à cause de ton cancer ?

☐ Non   ☐ Oui

2a. Si oui, d'environ combien ? \_\_\_\_\_ \$

#### SECTION F: Informations sur le soutien des autres par rapport au retour au travail/études

1. Es-tu retourné au travail/études depuis ton cancer? Oui/Non (si non, sauter à la section G)

2. Est-ce que tu as parlé de ton cancer avec les autres au travail/études ?

- Oui, j'en ai parlé à presque tout le monde
- J'en ai parlé avec mon employeur/professeur
- J'en ai parlé avec mes collègues de qui je suis proches
- J'en ai parlé avec mon employeur/professeur et certains collègues de qui je suis proche
- Je n'en ai parlé à personne sauf à mon département de ressources humaines
- Personne n'est au courant

3. Depuis ton cancer, as-tu eu la chance de parler à un professionnel de santé mentale de ton expérience de retour au travail/études ?

- Psychologue : oui (nombre de rencontres : \_\_) / non
- Psychiatre : oui (nombre de rencontres : \_\_) / non
- Travailleur social : (nombre de rencontres : \_\_) / non
- Autre type de professionnel de santé mentale : \_\_ / non

Employeur/professeur:

4. En général, est-ce que tu es satisfait(e) du soutien de ton employeur/professeur par rapport à ton retour au travail/études ; c'est-à-dire les efforts qu'il/elle fait ou a fait pour t'accommoder ?

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

5. De quelles façons est-ce que ton employeur/professeur t'a apporté du soutien ou t'a accommodé pendant ton retour au travail/études ? (Cocher toutes les réponses applicables)

- Il/elle est intéressé(e) à savoir comment tu vas et est à l'écoute de tes besoins
- Tu peux déterminer ton propre rythme ou plan de retour au travail/études (ex : heures, journées de travail)
- Tu peux négocier tes tâches ou ta charge de travail ainsi que les délais
- Tu peux partager tes tâches avec quelqu'un ou travailler en équipe
- Tu n'as pas de difficulté à prendre des jours de congé ou à écourter tes heures pour des raisons médicales (ex : aller à tes rendez-vous)
- Tu peux bénéficier d'un horaire de travail flexible (ex : rentrer et quitter plus tard)
- Autres façons : \_\_\_\_\_
- En gros, tu as reçu un peu ou pas du tout de soutien de ton employeur/professeur

6. En général, à quel point ton employeur/professeur connaît-il/elle les répercussions du cancer, surtout celles à long-terme qui peuvent affecter ta productivité au travail ou dans tes études ?

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

7. En général, est-ce que tu es satisfait(e) de ta relation avec ton employeur/professeur ?

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

Collègues de travail/d'études

8. En général, est-ce que tu es satisfait du soutien de tes collègues face à ton retour au travail/études, par exemple les efforts qu'ils/elles font pour t'accommoder ?

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup ☐ Énormément

9. De quelles façons tes collègues t'ont-ils apporté du soutien ou t'ont accommodé(e) ? (Cocher toutes les réponses applicables)

- Ils sont intéressés à savoir comment tu vas et sont à l'écoute de tes besoins
- Ils ont offert de partager certaines de tes tâches
- Ils ont offert de t'accommoder par rapport à ton horaire (ex : te remplacer si tu es absent(e), partager leurs notes de cours si tu dois t'absenter, échanger de journée de travail, travailler chacun son tour travailler à la maison)
- Autres façons?: \_\_\_\_\_
- En gros, tu as reçu un peu ou pas du tout de soutien de tes collègues de travail/d'études

10. En général, à quel point tes collègues de travail/d'études connaissent-ils les répercussions du cancer, surtout celles à long-terme qui peuvent affecter ta productivité au travail ou dans tes études ?

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup ☐ Énormément

11. En général, est-ce que tu es satisfait(e) de ta relation avec tes collègues de travail/d'études?

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup ☐ Énormément

#### SECTION G : Expérience de retour au travail/études

1. Qu'est-ce qui a motivé ou motive actuellement ton retour au travail/études? Cocher toutes les réponses applicables :

- ☐ Ma santé allait mieux et je me sentais prêt(e) à retourner
- ☐ J'avais besoin de reprendre une vie « normale »
- ☐ J'avais hâte de revoir mes collègues de travail/études
- ☐ Je m'ennuyais de ne pas travailler
- ☐ J'avais besoin d'une source de distraction et de penser à autre chose que le cancer
- ☐ J'avais besoin d'argent
- ☐ J'ai été forcé de retourner par mon/ma \_\_\_\_\_ (p.ex. médecin, employeur, agent d'assurances)

2. Beaucoup de jeunes adultes rapportent qu'après le cancer, le sens du travail/études a changé pour eux. Est-ce que ça a été le cas pour toi ? Si oui, comment ? Cocher toutes les réponses applicables.

Le cancer m'a permis de réaliser que :

- ☐ J'aimerais changer de travail/de domaine d'études
- ☐ J'aimerais ajuster la priorité que j'accorde à mon travail/mes études (ex. meilleur équilibre entre mes activités professionnelles et personnelles)
- ☐ J'aimerais améliorer la façon dont je gère les attentes liées à mon travail/mes études (ex. attentes provenant de moi-même, attentes provenant des autres)

- J'aimerais améliorer ma qualité de vie au travail/études (ex. apprendre à dire non, communiquer mes limites et mes besoins)
- J'aimerais améliorer mes relations avec mon employeur/superviseur/mes collègues (ex. apprendre à réagir de façon constructive, prioriser les relations bénéfiques vs. toxiques, travailler davantage en équipe, collaborer davantage)
- Autre : \_\_\_\_\_

3. En général, à quel point (en pourcentage) sens-tu que ton rendement (ex : ta capacité de compléter tes tâches, ta productivité, etc.) au travail/études est revenu « comme avant » ton cancer ? \_\_\_\_\_%

3a. Si tu sens que tu es revenu « comme avant », combien de temps est-ce que ça a pris, depuis la fin de tes traitements ? \_\_\_\_\_ semaines/mois

4. En général, est-ce que tu es satisfait(e) de ton rendement au travail/études ?

- ☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément  
☐ Non applicable

5. En général, te sens-tu confiant(e) par rapport à ta capacité à accomplir tes tâches au travail/études ?

- ☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

6. En général, te sens-tu anxieux par rapport à ton retour au travail/études ?

- ☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

7. En général, te sens-tu déprimé(e) ou découragé(e) par rapport à ton retour au travail/études ?

- ☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

Pour les prochaines questions, on est intéressé à connaître d'autres aspects liés à ton expérience de retour au travail/études.

**Si tu n'es pas encore retourné au travail ou aux études, tu peux passer à la question 10.**

8. Laquelle des périodes suivantes as-tu trouvé la plus difficile?

- Les semaines/mois juste avant de retourner au travail/études
- Les premières semaines après être retourné(e) au travail/études
- Les 3 premiers mois après être retourné(e) au travail/études
- Les 6 premiers mois après être retourné(e) au travail/études
- La première année après être retourné(e) au travail/études
- Autre

9. À quel point les aspects suivants te nuisent-ils ou t'ont-ils nuit dans ton retour au travail/études ?

9a. La fatigue

- ☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

9b. La douleur/inconfort

- ☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

9c. Les problèmes cognitifs (ex : concentration, attention, mémoire, distraction)

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

gd. Les bouffées de chaleur

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

ge. Les émotions liées à la peur de la récurrence

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

gf. Les émotions liées à ton travail/études (ex : anxiété, frustration, tristesse)

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

gg. Ta relation avec ton employeur/professeur

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

gh. Ta relation avec tes collègues de travail/études

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

gi. Mes attentes que mon rendement retourne à la normale

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

9h. Les attentes des autres que mon rendement retourne à la normale

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Moyennement   ☐ Beaucoup   ☐ Énormément

10. Quels aspects ou défis liés à ton retour au travail/études trouves-tu ou as-tu trouvé les plus difficiles? (5-6 lignes)

---

---

11. Qu'est ce qui t'a aidé ou qui t'aide à faire face aux défis liés à ton retour au travail/études?

---

---

---

12. Aurais-tu des suggestions ou des commentaires qui pourraient aider d'autres jeunes adultes qui font face au retour au travail/études suite au cancer?

---

---

---

---

## ANNEXE E – QUESTIONNAIRE *HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)*

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

### **Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale***

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

**1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)**

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

**2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois**

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

**3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver**

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

**4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses**

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

**5. Je me fais du souci**

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

**6. Je suis de bonne humeur**

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

**7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)**

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

**8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti**

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

**9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué**

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

**10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence**

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

**11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place**

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

**12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses**

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

**13. J'éprouve des sensations soudaines de panique**

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

**14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision**

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

## ANNEXE F – QUESTIONNAIRE *FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY – GENERAL (FACT-G)*

### FACT-G (4ème Version)

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

| <b><u>BIEN-ÊTRE PHYSIQUE</u></b>        |                                                                                                                                                                                                                                              | Pas du<br>tout | Un<br>peu | Moyen-<br>nement | Beau-<br>coup | Énormé-<br>ment |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|------------------|---------------|-----------------|
| GF1                                     | Je manque d'énergie.....                                                                                                                                                                                                                     | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GF2                                     | J'ai des nausées .....                                                                                                                                                                                                                       | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GF3                                     | À cause de mon état physique, j'ai du mal à répondre<br>aux besoins de ma famille .....                                                                                                                                                      | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GF4                                     | J'ai des douleurs .....                                                                                                                                                                                                                      | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GF5                                     | Je suis incommodé(e) par les effets secondaires du<br>traitement.....                                                                                                                                                                        | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GF6                                     | Je me sens malade .....                                                                                                                                                                                                                      | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GF7                                     | Je suis obligé(e) de passer du temps allongé(e) .....                                                                                                                                                                                        | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                              |                |           |                  |               |                 |
| <b><u>BIEN-ÊTRE FAMILIAL/SOCIAL</u></b> |                                                                                                                                                                                                                                              | Pas du<br>tout | Un<br>peu | Moyen-<br>nement | Beau-<br>coup | Énormé-<br>ment |
| GS1                                     | Je me sens proche de mes amis .....                                                                                                                                                                                                          | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GS2                                     | Ma famille me soutient moralement.....                                                                                                                                                                                                       | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GS3                                     | Mes amis me soutiennent .....                                                                                                                                                                                                                | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GS4                                     | Ma famille a accepté ma maladie .....                                                                                                                                                                                                        | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GS5                                     | Je suis satisfait(e) de la communication avec ma<br>famille au sujet de ma maladie .....                                                                                                                                                     | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| GS6                                     | Je me sens proche de mon (ma) partenaire (ou de la<br>personne qui est mon principal soutien).....                                                                                                                                           | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |
| Q1                                      | <i>Quel que soit votre degré d'activité sexuelle en ce<br/>moment, veuillez répondre à la question suivante.<br/>Si vous préférez ne pas y répondre, cochez cette case</i> <input style="float: right; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> |                |           |                  |               |                 |
| GS7                                     | Je suis satisfait(e) de ma vie sexuelle .....                                                                                                                                                                                                | 0              | 1         | 2                | 3             | 4               |



## FACT-G (4ème Version)

**Veillez indiquer votre réponse en entourant un seul chiffre par ligne et en tenant compte des 7 derniers jours.**

|     | <b><u>BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL</u></b>                                          | <b>Pas du tout</b> | <b>Un peu</b> | <b>Moyennement</b> | <b>Beaucoup</b> | <b>Énormément</b> |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| GE1 | Je me sens triste.....                                                      | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GE2 | Je suis satisfait(e) de la façon dont je fais face à ma maladie .....       | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GE3 | Je perds espoir dans le combat contre ma maladie.....                       | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GE4 | Je me sens nerveux (nerveuse).....                                          | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GE5 | Je suis préoccupé(e) par l'idée de mourir.....                              | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GE6 | Je suis préoccupé(e) à l'idée que mon état de santé puisse s'aggraver ..... | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |

|     | <b><u>BIEN-ÊTRE FONCTIONNEL</u></b>                                              | <b>Pas du tout</b> | <b>Un peu</b> | <b>Moyennement</b> | <b>Beaucoup</b> | <b>Énormément</b> |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| GF1 | Je suis capable de travailler (y compris le travail à la maison) .....           | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GF2 | Mon travail (y compris le travail à la maison) me donne de la satisfaction ..... | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GF3 | Je suis capable de profiter de la vie.....                                       | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GF4 | J'ai accepté ma maladie.....                                                     | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GF5 | Je dors bien.....                                                                | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GF6 | J'apprécie mes loisirs habituels.....                                            | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |
| GF7 | Je suis satisfait(e) de ma qualité de vie actuelle.....                          | 0                  | 1             | 2                  | 3               | 4                 |

# ANNEXE G – QUESTIONNAIRE *INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ SITUATIONNELLE* *ET DE TRAIT D'ANXIÉTÉ (IASTA)*

No dossier: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE IASTA (Forme Y-1)

Traduit et adapté par Janel Gauthier et Stéphane Bouchard, Université Laval (1993)

**CONSIGNES:** Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez présentement.

Beaucoup  
Modérément  
Un peu  
Pas du tout

- |                                                                      |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Je me sens calme .....                                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Je me sens en sécurité .....                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Je suis tendu(e) .....                                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Je me sens surmené(e) .....                                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Je me sens tranquille .....                                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Je me sens bouleversé(e) .....                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des malheurs possibles..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Je me sens comblé(e) .....                                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Je me sens effrayé(e) .....                                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Je me sens à l'aise .....                                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Je me sens sûr(e) de moi .....                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Je me sens nerveux(se) .....                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Je suis affolé(e) .....                                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Je me sens indécis(e) .....                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Je suis détendu(e) .....                                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Je me sens satisfait(e) .....                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Je suis préoccupé(e) .....                                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Je me sens tout mêlé(e) .....                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Je sens que j'ai les nerfs solides .....                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Je me sens bien.....                                             | 1 | 2 | 3 | 4 |

# QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE IASTA (Forme Y-2)

**CONSIGNES:** Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par les gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en général.

Presque toujours  
Souvent  
Quelquefois  
Presque jamais

- |                                                                                                                 |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 21. Je me sens bien.....                                                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Je me sens nerveux(se) et agité(e) .....                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Je me sens content(e) de moi-même .....                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être .....                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e) .....                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Je me sens reposé(e) .....                                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Je suis d'un grand calme .....                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je<br>n'arrive pas à les surmonter.....                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine ...                                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Je suis heureux(se) .....                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. J'ai des pensées troublantes .....                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Je manque de confiance en moi .....                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Je me sens en sécurité .....                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Prendre des décisions m'est facile .....                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation.....                                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Je suis satisfait(e) .....                                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.....                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas<br>à les chasser de mon esprit.....     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Je suis une personne qui a les nerfs solides .....                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes<br>préoccupations et à mes intérêts récents ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

© Tous droits réservés.

## ANNEXE H – ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE POST-INTERVENTION

### Entrevue Semi-Structurée Post-Intervention

Bonjour et merci encore d'avoir accepté de participer à cette étude !

L'objectif de cette entrevue est d'avoir ton opinion à propos du programme de retour au travail/étude que tu as reçu. Ces informations sont très appréciées car elles vont nous permettre d'améliorer le programme !

#### I. Programme d'intervention : appréciation générale

1. De façon générale, est-ce que l'intervention a abordé des aspects qui étaient importants pour toi ?
  - ☐ Pas du tout
  - ☐ Un peu
  - ☐ Moyennement
  - ☐ Beaucoup
  - ☐ Énormément
2. De façon générale, as-tu trouvé l'intervention pertinent et utile ?
  - ☐ Pas du tout
  - ☐ Un peu
  - ☐ Moyennement
  - ☐ Beaucoup
  - ☐ Énormément
3. De façon générale, es-tu satisfait de la qualité de l'intervention ?
  - ☐ Pas du tout
  - ☐ Un peu
  - ☐ Moyennement
  - ☐ Beaucoup
  - ☐ Énormément
4. Recommanderais-tu cette intervention à d'autres JAC qui font face au retour au travail/études ?
  - ☐ Pas du tout
  - ☐ Un peu
  - ☐ Moyennement
  - ☐ Beaucoup
  - ☐ Énormément

## II. Programme d'intervention : appréciation des séances

Comment évaluerais-tu les aspects suivants des séances ?

5. Ce qui a été discuté lors des séances

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)

6. La durée des séances

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)

7. Le nombre de séances

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)

8. Des six séances, laquelle as-tu préféré ?

- ☐ Séance 1
- ☐ Séance 2
- ☐ Séance 3
- ☐ Séance 4
- ☐ Séance 5
- ☐ Séance 6
- ☐ J'ai aimé toutes les séances également

## Manuels et cahiers de petits exercices :

Comment évaluerais-tu les aspects suivants des manuels et des cahiers de petits exercices ?

9. Des six manuels, lequel as-tu préféré ?

- ☐ Manuel 1
- ☐ Manuel 2
- ☐ Manuel 3
- ☐ Manuel 4

- ☐ Manuel 5
- ☐ Manuel 6
- ☐ J'ai aimé tous les manuels également

10. Des cahiers de petits exercices, lequel as-tu préféré ?

- ☐ Cahier d'exercices 1
- ☐ Cahier d'exercices 2
- ☐ Cahier d'exercices 3
- ☐ Cahier d'exercices 4
- ☐ Cahier d'exercices 5
- ☐ J'ai aimé tous les cahiers d'exercices également

11. La qualité de l'information (p.ex. pertinence, utilité)

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)

12. La quantité d'information (p.ex. trop, juste assez, pas assez)

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)

13. La présentation de l'information (p.ex. facile à lire, à suivre, à comprendre)

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)

### **III. Programme d'intervention : appréciation des modalités**

Nous aimerions maintenant connaître ton appréciation quant à la façon de recevoir l'intervention, c'est-à-dire concernant la modalité de l'intervention en ligne par vidéoconférence

#### **Aspects thérapeutiques**

Comment évaluerais-tu les aspects suivants de l'intervention ?

14. Je me suis senti(e) confiant(e) par rapport à la confidentialité des informations échangées

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément

15. J'ai été capable de partager des choses importantes et personnelles

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément

16. Je me suis senti(e) compris(e) dans mes difficultés liées à mon retour au travail/études

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément

17. Je ne me suis pas senti jugé dans mes difficultés liées à mon retour au travail/études

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément

18. Je trouve que recevoir l'intervention en ligne par vidéoconférence est aussi aidant que si je l'avais reçue face à face

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Ça m'est égal/je n'ai pas de préférence

19. J'aurais préféré recevoir l'intervention face-à-face plutôt qu'en ligne par vidéoconférence

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Ça m'est égal/je n'ai pas de préférence

### **Aspects techniques**

Comment évaluerais-tu les aspects techniques suivants de l'intervention ?

20. La plateforme vidéoconférence (p. ex. facilité à naviguer, comprendre, utiliser)

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)

21. Les aspects informatiques (p.ex. facile à installer, se connecter)

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)
- ☐ Non-applicable

22. La possibilité de se connecter sur différents appareils (p.ex. ordinateur portable, tablette, cellulaire)

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)
- ☐ Non-applicable



23. Les problèmes techniques (p.ex. page figée ou lente, page qui se ferme toute seule)

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)
- ☐ Non-applicable

Nombre et description de problèmes techniques survenus :

---

---

24. La possibilité d'assister aux rencontres à l'endroit de mon choix (p.ex. maison, au travail)

- ☐ Pas du tout satisfait(e)
- ☐ Un peu satisfait(e)
- ☐ Moyennement satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)
- ☐ Énormément satisfait(e)
- ☐ Non-applicable

25. Qu'est-ce qui t'a le plus et le moins aidé dans ton retour au travail/études, par rapport au contenu de l'intervention ou à la façon de la recevoir ? *Tes réponses peuvent être générales (p.ex. j'ai aimé en gros les thèmes abordés) ou spécifiques (p.ex. j'ai aimé la technique de résolution de problèmes)*

---

---

#### **IV. Programme d'intervention : effet perçu**

Nous aimerions maintenant avoir ton opinion quant à l'effet de l'intervention sur divers aspects liés à ton retour au travail/étude. Est-ce que l'intervention t'a aidé à te sentir plus confiant par rapport à ta capacité de:

26. Accomplir les demandes ou taches de ton travail/études ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Non applicable/ceci n'est pas un problème pour moi

27. Gérer les relations stressantes avec ton patron/professeur ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Non applicable/ceci n'est pas un problème pour moi

28. Gérer les relations stressantes avec tes collègues de travail/d'études ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Non applicable/ceci n'est pas un problème pour moi

29. Gérer les effets secondaires des traitements ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Non applicable/ceci n'est pas un problème pour moi

30. Gérer la peur de la récurrence ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Non applicable/ceci n'est pas un problème pour moi

En gros, est-ce que l'intervention t'a aidé à :

31. Te sentir plus confiant par rapport à ton retour au travail/étude ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Non applicable/ceci n'est pas un problème pour moi

32. Te sentir moins déprimé ou découragé par rapport à ton retour au travail/études ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Non applicable/ceci n'est pas un problème pour moi

33. Te sentir moins anxieux ou stressé par rapport à ton retour au travail/études ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Non applicable/ceci n'est pas un problème pour moi

34. Améliorer ta qualité de vie au travail/études ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Non applicable/ceci n'est pas un problème pour moi

35. En gros, qu'est-ce que l'intervention t'a aidé à améliorer par rapport à ton retour au travail/études ? (p.ex. ton anxiété, ta confiance, ta façon de percevoir ou de réagir au stress/aux autres, la priorité, l'importance ou le sens donné au travail/études, ...)

---

## V. Soutien psychosocial pendant l'étude

36. Nous aimerions aussi savoir si pendant l'étude tu as eu recours à du soutien psychologique d'un professionnel en santé mentale ?

- Psychologue :                      oui / non                      nombre de rencontres : \_\_\_\_\_
- Psychothérapeute :                      oui / non                      nombre de rencontres : \_\_\_\_\_
- Travailleur social :                      oui / non                      nombre de rencontres : \_\_\_\_\_
- Psychiatre :                      oui / non                      nombre de rencontres : \_\_\_\_\_

37. Aussi, pendant l'étude, as-tu participé à des activités spécialement conçues pour les JAC ou pour les survivants au cancer ? Si oui, lesquelles et pour combien de rencontres ?

|                                                              | Activité pour les JAC | Activité pour tous les survivants |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Groupe de soutien en personne                                |                       |                                   |
| Activité sociale (p.ex. retraite de yoga/méditation, sortie) |                       |                                   |
| Atelier (p.ex. gestion du stress,)                           |                       |                                   |
| Conférence                                                   |                       |                                   |
| Autre groupe de soutien en-ligne                             |                       |                                   |
| Autre (préciser)                                             |                       |                                   |

38. À quel point as-tu reçu le support d'un membre de ta famille (autre que ton conjoint(e)) ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément

38.a. Qui est/sont cette ou ces personnes pour toi ? (p.ex. mère, père, tante, frère, etc.) :

---

39. As-tu un conjoint ou une conjointe ? oui / non

40. Si oui, à quel point as-tu reçu le support de cette personne durant le processus ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément

41. À quel point as-tu reçu le support de tes ami(e)s ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément

## **VI. Commentaires et recommandations générales**

42. As-tu d'autres commentaires ou recommandations visant à nous aider à améliorer l'intervention en général ?

---

## APPENDICE A – APPROBATION ÉTHIQUE

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Ouest-  
de-l'Île-de-Montréal



Hôpital général juif

CENTRE GÉRIATRIQUE  
DONALD BERMAN  
MAIMONIDES GERIATRIC  
CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
FATHER-DOWD  
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
HENRI-BRADET  
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
ST-ANDREW RESIDENTIAL  
CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
ST-MARGARET  
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE MIRIAM HOME  
AND SERVICES

CENTRE DE RÉADAPTATION  
CONSTANCE-LETHBRIDGE  
REHABILITATION CENTRE

CENTRE DE RÉADAPTATION  
MAB-MACKAY  
REHABILITATION CENTRE

CHSLD JUIF DE MONTRÉAL  
JEWISH ELDERCARE  
CENTRE

CLSC DE BENNY FARM

CLSC DE CÔTE-DES-  
NEIGES

CLSC MÉTRO

CLSC DE PARC-  
EXTENSION

CLSC RENÉ-CASSIN

HÔPITAL CATHERINE  
BOOTH HOSPITAL

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF  
JEWISH GENERAL HOSPITAL

HÔPITAL MOUNT SINAI  
HOSPITAL

HÔPITAL RICHARDSON  
HOSPITAL

**Integrated Health  
and Social Services  
University Network  
for West-Central  
Montreal**

### BUREAU DE L'EXAMEN DE LA RECHERCHE RESEARCH REVIEW OFFICE

Dr. Vasiliki Bessy Bitzas, N, PhD, CHPCN (C)  
Présidente, Comité d'éthique de la recherche Médical/biomedical  
CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal  
3755 Côte-Ste-Catherine, A-925  
Montréal, Québec, H3T 1E2  
514-340-8222 local 22445  
cer@jgh.mcgill.ca  
jgh.ca/rec

Me. Alain Klotz, L.L.M.  
Président, Comité d'éthique de la recherche Première ligne & psychosocial  
CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal  
3755 Côte-Ste-Catherine, A-925  
Montréal, Québec, H3T 1E2  
514-340-8222 local 22445  
cer@jgh.mcgill.ca  
jgh.ca/rec

Le 22 mars 2018

Mme Sylvie Aubin  
Département d'oncologie  
Hôpital Général Juif  
Contact: Marie-Anne Oligny

OBJET: No de Protocole : CODIM-FLP-16-298  
Titre: « Étude de la faisabilité d'une intervention brève axée sur le retour  
au travail ou aux études de jeunes adultes atteints du cancer »  
Subvention : MSSS

Chère Mme Aubin,  
Nous vous remercions d'avoir resoumis les documents suivants concernant le protocole  
mentionné ci-dessus au Comité d'éthique de la recherche première ligne et psychosociale:

- Protocole de recherche (19/03/2018)
- Résumé de recherche
- Formulaire de consentement (03-15-2018)
- Aubin - Annexe VI - Subvention MSSS
- ANNEXE I - Affiche de recrutement 29-03-17
- Annexe II - Entrevue d'éligibilité
- Échelle-Ajustement-Dyadique
- PHQ9\_French for Canada
- Questionnaire retour au travail
- Handout
- Questionnaire Sociodémographique
- Entrevue Semi-Structurée De Post-Intervention
- Échelle HAD
- FACT-G\_FRE\_Final\_Ver4\_NI\_18Feb10

CENTRE GÉRIATRIQUE  
DONALD BERMAN  
MAIMONIDES GERIATRIC  
CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
FATHER-DOWD  
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
HENRI-BRADET  
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
ST-ANDREW RESIDENTIAL  
CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
ST-MARGARET  
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE MIRIAM HOME  
AND SERVICES

CENTRE DE RÉADAPTATION  
CONSTANCE-LETHBRIDGE  
REHABILITATION CENTRE

CENTRE DE RÉADAPTATION  
MAB-MACKAY  
REHABILITATION CENTRE

CHSLD JUIF DE MONTRÉAL  
JEWISH ELDERCARE  
CENTRE

CLSC DE BENNY FARM

CLSC DE CÔTE-DES-  
NEIGES

CLSC MÉTRO

CLSC DE PARC-  
EXTENSION

CLSC RENÉ-CASSIN

HÔPITAL CATHERINE  
BOOTH HOSPITAL

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF  
JEWISH GENERAL HOSPITAL

HÔPITAL MOUNT SINAI  
HOSPITAL

HÔPITAL RICHARDSON  
HOSPITAL

Integrated Health  
and Social Services  
University Network  
for West-Central  
Montreal

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (Federalwide Assurance Number 0796) est désigné par le Ministère de Santé et Service Sociaux du Québec en vertu de l'article 21 du Code civil et adhère aux directives publiées dans l'ÉPTC 2 - Énoncé de politique des Trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (2014) et conformément au Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique (MSSS 1998) et agit en conformité avec les standards du *United States Code of Federal Regulations* encadrant la recherche impliquant des sujets humains. Le Comité fonctionne de manière compatible avec les standards internationaux, nationaux et provinciaux des bonnes pratiques cliniques.

Les documents mentionnés font l'objet d'une approbation pour une période d'un an. À des fins de contrôle de la qualité, veuillez utiliser une copie du formulaire de consentement ci-joint portant le sceau d'approbation du Comité d'éthique de la recherche lors du recrutement.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur d'obtenir toutes les autorisations finales nécessaires avant de débiter cette étude dans notre établissement. À titre d'information, le présent protocole sera présenté lors de la prochaine rencontre du Comité plénier le **13 avril 2018**.

Date d'approbation d'examen en Comité restreint : 22 mars 2018

Date d'expiration de l'approbation d'examen en Comité restreint : 21 mars 2019

Le Comité vous informe qu'il est de votre responsabilité de faire une demande de renouvellement. Le Bureau de l'examen de la recherche doit recevoir votre « Formulaire d'évaluation continue » un mois avant l'expiration de l'approbation afin d'assurer que votre étude soit passée en revue avant la date d'expiration. Votre défaut de vous conformer au processus de renouvellement aura comme effet de mettre fin à cette approbation. Si vous faites une ou plusieurs modifications (amendements) à l'étude pendant les douze mois suivants, ou si cette étude est complétée pendant cette période, soumettez, s'il vous plaît, la documentation appropriée au Bureau de l'examen de recherche. Rendez-vous sur notre site Web [www.jgh.ca/rec](http://www.jgh.ca/rec) pour toute information concernant le Bureau de l'évaluation éthique, ainsi qu'un accès aux formulaires téléchargeables et pour avoir accès à nos formulaires, ou contactez-nous directement.

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Ouest  
de l'Île-de-Montréal

Québec

Hôpital général juif

CENTRE GÉRIATRIQUE  
DONALD BERMAN  
MAIMONIDES GERIATRIC  
CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
FATHER-DOWD  
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
HENRI-BRADET  
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
ST-ANDREW RESIDENTIAL  
CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT  
ST-MARGARET  
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE MIRIAM HOME  
AND SERVICES

CENTRE DE RÉADAPTATION  
CONSTANCE-LETHBRIDGE  
REHABILITATION CENTRE

CENTRE DE RÉADAPTATION  
MAB-MACKAY  
REHABILITATION CENTRE

CHSLD JUIF DE MONTRÉAL  
JEWISH ELDERCARE  
CENTRE

CLSC DE BENNY FARM

CLSC DE CÔTE-DES-  
NEIGES

CLSC MÉTRO

CLSC DE PARC-  
EXTENSION

CLSC RENÉ-CASSIN

HÔPITAL CATHERINE  
BOOTH HOSPITAL

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF  
JEWISH GENERAL HOSPITAL

HÔPITAL MOUNT SINAI  
HOSPITAL

HÔPITAL RICHARDSON  
HOSPITAL

**Integrated Health  
and Social Services  
University Network  
for West-Central  
Montreal**

Bien à vous,



Dr. Vasiliki Bessy Bitzas, N, PhD, CHPCN(C)

Présidente,

Comité éthique de la recherche médical/biomédical

De la part de

Me Alain Klotz, LL.B., LL.M.

Président,

Comité éthique de la recherche première ligne psychosocial

**Personne ressource pour ce projet:**

Linda Furlini, Ph.D.

Spécialiste en éthique de la recherche,

Comité d'éthique de la recherche, FLP

Courriel: linda.furlini.comtl.ssss.gouv.qc.ca



## Amendment to an approved study (including IB and product monograph updates)

Submit date: **2019-07-23 14:35**

Project's REB approbation date: **2018-03-22**

Project number: **1900-643, 16-298**

Form status: **Approved**

Submitted by: **Menard, Véronique**

Nagano identifier: **16-298**

Form: **F1 - 7366**

### Administration - REC

**1. WCMH Research Ethics Sub-Committees**

First Line Psychosocial Committee (FLP)

**2. Date of the REC final decision & signature**

2019-07-24

**Signature**



Me. Alain Klotz  
Me Alain Klotz, LL.B., LL.M.  
Chair, First-Line Psychosocial Research Ethics Committee

FWA 00000796

**3. ICF approved by the REC**

[Formulaire de consentement FR - VM - Modifications - clean - 23-07-2019\\_Final.pdf](#)

**4. Document(s) approved by the REC**

[Annexe V - Entrevue post-intervention - modif fev 2019 - clean\\_Final.docx](#)

[Aubin - Annexe IV - Questionnaire pre intervention.doc](#)

[Echelle HAD.pdf](#)

[Échelle-Ajustement-Dyadique.pdf](#)

[FACT-G\\_FR.pdf](#)

[IASTA-Y.pdf](#)

[PHQ9\\_French for Canada.pdf](#)

[Protocole de recherche - VM - Modifications - clean - 18-07-2019\\_Final.docx](#)

## General information

1. **Indicate the full title of the research study**

2. **Indicate the full study title in French**

Étude de la faisabilité d'une intervention brève axée sur le retour au travail ou aux études de jeunes adultes atteints du cancer.

3. **Indicate the name of the Principal Investigator in our site (Institution)**

Aubin, Sylvie

4. **Are there co-investigators & collaborators involved in this project at this site (WCMH)?**

No

5. **Indicate the source(s) of funding for the research project (please check all that apply)**

☐ Study funded by private industry(e.g. pharmaceutical or biotech company)

☐ Investigator-initiated with industry funding study

☐ Study funded by a federal funding agency

☐ Research funded by a provincial funding agency

☐ Research funded by a federal ministry

☒ Study funded by a provincial ministry

**Indicate the name of the ministry:**

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)

**Please attach all related files (contract, budget, grant letter etc), if any, to the "study folder" section**

☐ Research funded by US Federal funding (eg: NIH, VA ) or other countries

☐ Research funding from a non-profit (e.g. charity, foundation, etc.)

☐ Internal funding (eg: investigator/departmental funds,

☐ Other source(s) (e.g. self-funded)

☐ No funding

## Amendment

1. **Indicate the current study status at WCMH.**

Study and recruitment in progress

---

2. What type of amendment is being requested

**Amendment to the protocol**

Yes

**Please attach amended protocol**

[Protocole de recherche - VM - Modifications - clean - 18-07-2019.docx](#)

**Version date**

2019-07-18

[Protocole de recherche - VM - Modifications - trackchange - 17-07-2019.docx](#)

**Version date**

2019-07-18

**Amendments to questionnaires or other documents participants fill out (French & English)**

Yes

**Please attach**

[Formulaire de consentement FR - VM - Modifications - clean - 18-07-2019.docx](#)

**Version date**

2019-07-18

[Formulaire de consentement FR - VM - Modifications - trackchanges - 18-07-2019.docx](#)

**Version date**

2019-07-18

**Other changes to the study**

Yes

**Specify**

Participants will be advised by email of the fact that the group portion of the intervention will no longer be offered

---

3. Please provide details about the amendment

**Please summarize the amendment(s)**

The group component of the intervention can no longer be offered due to several participants no longer being available to participate in these groups.

**Please explain why these amendments are required**

We had difficulties with initial recruitment. People were having a problem with talking within a group online chat discussion and with the fixed schedule.

We need to amend the project in order to conduct the intervention one-on-one, on Skype. Data collection method will remain the same. There's more confidentiality and flexibility on schedule with one-on-one interventions.

**Does this amendment require that participants be re-consented?**

Yes

**If so, how will you proceed ?**

The consent will inform participants that we no longer need them to assist in a group online chat but in a one-on-one online video conference. We are doing this to offer more privacy and more schedule flexibility.

I will send emails to participants, with consent form, and participants will sign electronically for their consent before filling in online DATA questionnaire. These 2 steps need to be done before the one-on-one intervention.

---

4. In our institution, how many participants will be affected by this amendment?

11

**How many participants have been recruited to date?**

11

5. **Does this amendment require Health Canada approval?**

**Please choose the applicable option**

- ☐ The sponsor has obtained the Health Canada authorization (NOL, Notice of Authorization)
- ☐ Health Canada's decision is pending
- ☐ The sponsor has not submitted to Health Canada yet
- ☒ No Health Canada authorization is necessary.

6. **Does the modification have an impact on other types of specific evaluations in the institution? (eg. use of resources, contract, budget, pharmacy, etc.)**

No

**Justify why this amendment does not have an impact on the feasibility of this project.**

We are removing a treatment component.

**Study files**

1. **Attach any other pertinent documentation**

[Formulaire de consentement EN - VM - Modifications - trackchanges - 27-06-2019 Commentaires CER LF.docx](#)

[Protocole de recherche - VM - Modifications - clean - 27-06-2019 Commentaires CER LF.docx](#)

**Signature**

1. **I confirm that all information is complete & accurate.**

**First & last name of person who completed the submission**

Véronique Menard

2019-06-25

**Dr. Sylvie Aubin**  
c/o: Véronique Ménard

**Object: Project 1900-643, 16-298 - Continuing review ethics approval.**

---

Dear Dr. Aubin,

Thank you for the continuing review submission of the research project indicated above.

A delegated review of the research project was provided by member(s) of the [First-Line Psychosocial](#) of the Integrated Health and Social Services University Network for West-Central Montreal. The research project was found to continue to meet scientific and ethical standards for conduct at the Integrated Health and Social Services University Network for West-Central Montreal. The following documents were approved or acknowledged by the [First-Line Psychosocial](#) of the Integrated Health and Social Services University Network for West-Central Montreal:

- Continuing Review Submission Form [F9 - 7522](#)
- - Approved documents (Protocole de recherche- 30 juin 2018.docx)
  - Approved documents (Aubin - Annexe III - Consentement EN - update 30 juin.doc)
  - Approved documents (Aubin - Annexe III - Consentement FR - update 30 juin (2).doc)

This will be reported to the [First-Line Psychosocial](#) and will be entered accordingly into the minutes of the next meeting, to be held on 2019-08-09.

The approval of the research project is valid until 2020-06-25.

All research involving human subjects requires review at recurring intervals. To comply with the regulation for continuing review of at least once per year, it is the responsibility of the investigator to submit an Annual Renewal Submission Form (F9) to the REC prior to expiry. Please be advised that should the protocol reach its expiry before a continuing review has been submitted, the data collected after the expiry date may not be considered valid. However, should the research conclude for any reason prior to approval expiry, you are required to submit a Completion (End of a Study) Report (F10) to the REC once the data analysis is complete to give an account of the study findings and publication status.

Furthermore, should any revision to the project or other development occur prior to the next continuing review, you must advise the REC without delay. Regulation does not permit initiation of a proposed study modification prior to its approval by the REC.

The Research Ethics Committees of the Integrated Health and Social Services University Network for West-Central Montreal (Federalwide Assurance Number: 0796) are designated by the province (MSSS) and follows the published guidelines of the TCPS 2 - Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans (2014), in compliance with the "Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique" (MSSS, 1998), and the membership requirements for Research Ethics Committee defined in Part C Division 5 of the Food and Drugs Regulations; and acts in conformity with standards set forth in the United States Code of Federal Regulations governing human subjects research, and functions in a manner consistent with internationally accepted principles of good clinical practice.

Duties of Researchers:

Ethics approval may be withdrawn if the following stipulations are not met:

- To obtain prior written approval from the REC for any substantive modification to the research, including changes to the study procedures, financial arrangements and/or resource utilization, before initiating the change; except where urgent action is required to eliminate an immediate hazard to a study participant;
- To maintain confidentially, the updated Research Participants Registry is to be retained for the length of time required by regulations, and in accordance with institutional policy;
- To comply with all relevant regulations and guidelines governing the conduct of research involving human subjects and the requirements of the REC;
- To comply with all REC requests to report study information, including prompt reporting of unexpected or serious adverse events (SAEs) or alarming trends in expected SAEs, according to the policies and procedures of each institution where the study is conducted;
- To advise the REC and all study subjects of new significant findings emerging during the course of the study;
- To comply with quality assurance assessment as defined by each institution's policy;
- To maintain study records according to regulatory requirements,

Respectfully,



Me. Alain Klotz  
Me Alain Klotz, LL.B., LL.M.  
Chair, First-Line Psychosocial Research Ethics Committee

FWA 00000796



## APPENDICE B – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement: Faisabilité d'une intervention pour JAC

PI: AUBIN, Sylvie



### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

ÉTUDE DE FAISABILITÉ D'UNE INTERVENTION BREVE AXÉE SUR LE RETOUR AU TRAVAIL  
OU AUX ÉTUDES DE JEUNES ADULTES ATTEINTS DU CANCER

#### INVESTIGATRICE PRINCIPALE DE CETTE ÉTUDE :

**D<sup>re</sup> Sylvie Aubin**, *Ph.D.*, psychologue en oncologie psychosociale, département d'oncologie, Hôpital Général Juif, Montréal, Québec. Coordonnées : 514-340-8222 (poste 26865)

#### CO-INVESTIGATRICE PRINCIPALE AU QUÉBEC :

**D<sup>re</sup> Lise Fillion**, *Ph.D.*, infirmière et psychologue, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, chercheure au Centre de recherche du CHUQ (CRCHUQ) et membre de l'Équipe de Recherche Michel-Sarrazin en Oncologie psychosociale et Soins palliatifs (ERMOS). Coordonnées : Université Laval 418-656-2131 (poste 3197), CHUQ 418-525-4444 (poste 15754)

#### COMMANDITAIRES :

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)

#### INTRODUCTION :

Vous êtes invités à participer à une étude scientifique. Prenez le temps de lire attentivement le présent formulaire de consentement, afin de vous assurer que vous comprenez et acceptez l'information qui s'y trouve. Si vous décidez de participer à l'étude, vous serez demandé de signer électroniquement le présent formulaire.

Vous êtes invité à participer à six séances d'interventions individuelles en ligne, à remplir un questionnaire en ligne et à répondre à deux entrevues téléphoniques, parce que vous avez entre 18 et 39 ans et que vous êtes atteints d'un cancer. Le but de ce formulaire de consentement est de vous aider à décider si vous désirez participer ou non à cette étude. Faire la lecture de ce formulaire devrait vous prendre environ 10 minutes.

#### BUT DE CETTE ÉTUDE :

Les jeunes adultes atteints d'un cancer (JAC) sont un groupe de personnes ayant des besoins particuliers. Malheureusement, à ce jour, peu d'interventions conçues spécifiquement pour ce groupe existent. Le but de cette étude est de développer une intervention en ligne, en français, pour des JAC

Consentement: Faisabilité d'une intervention pour JAC

PI: AUBIN, Sylvie

canadiens, dans le but de les aider à retourner au travail ou aux études. Nous offrirons cette intervention à environ 10 participants JAC.

Cette étude nous aidera à évaluer la faisabilité de l'intervention, c'est-à-dire son format, son contenu et son 'implémentation., Cela nous aidera à améliorer les futures interventions pour les JAC.

#### **NATURE DE VOTRE PARTICIPATION :**

Votre participation consiste à : (1) remplir un questionnaire en ligne, (2) à participer à deux entrevues téléphoniques et (3) à assister aux six (6) séances individuelles en vidéoconférence, qui auront lieu toutes les semaines, pour une durée de 60 minutes, chaque séance. Vous avez déjà fait l'entrevue téléphonique avec la coordonnatrice de cette étude, lors de laquelle elle vous a expliqué le déroulement des séances et a déterminé que vous étiez éligible à participer. Merci pour cela.

Maintenant, il vous sera demandé de remplir un questionnaire en ligne avant le début des séances d'intervention. Ce questionnaire devrait prendre environ une heure et demie à remplir. Par la suite, vous serez invité à participer à six (6) séances d'intervention en vidéoconférence en ligne, en individuel, et cela, toutes les semaines, durant six (6) semaines. Ces séances d'intervention auront lieu sur une plateforme de vidéoconférence sécurisée. Chaque séance sera enregistrée sur support audio, afin d'analyser les réponses et commentaires des participants, dans le but d'améliorer l'intervention.

Les séances seront conduites par Mme Véronique Ménard, *B.Sc., Psy.D.* (c), doctorante en psychologie ayant complété sa formation clinique et pratiquant la psychothérapie individuelle depuis 3 ans. L'intervention se déroulera sous la supervision de D<sup>re</sup> Aubin, *Ph.D.*, psychologue. Les discussions seront axées sur vos expériences personnelles ainsi que sur vos questions et préoccupations. Ce programme vise à vous aider à développer des stratégies pour mieux gérer votre cancer, particulièrement en ce qui a trait à votre retour au travail ou aux études. Chaque semaine, vous recevrez un manuel dont vous pourrez prendre connaissance avant la séance individuelle. En plus du manuel, vous obtiendrez aussi un cahier des « Petits exercices », c'est-à-dire un cahier offrant des tâches pratiques qui vous seront proposées afin de bénéficier pleinement du programme et de mettre en pratique ce que vous aurez appris dans le manuel.

Après la dernière rencontre individuelle, vous serez invité à remplir un deuxième questionnaire en ligne qui devrait prendre environ quarante-cinq (45) minutes à remplir. Enfin, une deuxième entrevue téléphonique aura lieu avec un(e) assistant(e) de recherche, également enregistrée sur support audio, afin de recueillir vos commentaires sur cette intervention. Cette entrevue devrait prendre environ une heure à conduire. Pour toutes ces étapes, vous aurez besoin d'accéder à une plateforme de vidéoconférence ou encore de questionnaires, en ligne, par le biais d'un appareil électronique (p. ex. cellulaire, ordinateur, tablette, etc.) ainsi que par une connexion internet.

Voici maintenant un tableau récapitulatif concernant les différentes étapes que vous aurez à traverser durant le programme d'intervention.



| ÉTAPE                                                     | DURÉE APPROXIMATIVE |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Entrevue téléphonique préintervention (DÉJÀ FAITE)</b> | 60 minutes          |
| Questionnaire préintervention en ligne                    | 90 minutes          |
| Lecture/Écoute Manuel #1/Cahier exercices                 | 120 minutes         |
| Séance d'intervention #1                                  | 60 minutes          |
| Lecture/Écoute Manuel #2/Cahier exercices                 | 120 minutes         |
| Séance d'intervention #2                                  | 60 minutes          |
| Lecture/Écoute Manuel #3/Cahier exercices                 | 120 minutes         |
| Séance d'intervention #3                                  | 60 minutes          |
| Lecture/Écoute Manuel #4/Cahier exercices                 | 120 minutes         |
| Séance d'intervention #4                                  | 60 minutes          |
| Lecture/Écoute Manuel #5/Cahier exercices                 | 120 minutes         |
| Séance d'intervention #5                                  | 60 minutes          |
| Lecture/Écoute Manuel #6                                  | 120 minutes         |
| Séance d'intervention #6                                  | 60 minutes          |
| Questionnaire post intervention en ligne                  | 45 minutes          |
| Entrevue téléphonique finale                              | 60 minutes          |

**RISQUES ET INCONVÉNIENTS LIÉS À VOTRE PARTICIPATION :**

Il est possible que votre participation puisse engendrer des émotions négatives (p. ex. anxiété, tristesse), notamment lors de la discussion de certains thèmes ou la réflexion engendrée par certains éléments présents dans les questionnaires ou abordés lors des séances d'intervention. Le cas échéant, vous êtes tout à fait libre de ne pas répondre à certaines questions. Au besoin, la doctorante en psychologie pourra vous orienter vers les services professionnels ou ressources disponibles dans votre région.

Malgré l'utilisation d'une plateforme sécuritaire (*Facebook, Skype, What'sApp*), soyez avisé qu'il demeure possible qu'un tiers parti ait accès à l'information, par le biais d'interception ou de mauvaise transmission du réseau informatique.

**AVANTAGES LIÉS À VOTRE PARTICIPATION :**

Votre participation à cette étude pourrait vous permettre de développer de nouvelles stratégies d'adaptation, de ressentir une amélioration de votre bien-être ainsi que de bénéficier d'un contact avec une professionnelle en santé mentale. Ce type de programme vous permettra d'établir ce contact et de recevoir une intervention dans un lieu qui vous convient. Il n'y a aucun coût associé à ce service.

Nous souhaitons que cette recherche représente également des avantages pour le développement de programmes d'intervention pour les personnes atteintes de cancer au Canada. En effet, elle vise à élargir la portée de l'offre de services de santé en fournissant un accès aux personnes socialement ou géographiquement isolées.

Consentement: Faisabilité d'une intervention pour JAC

PI: AUBIN, Sylvie

**PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT :**

Votre participation à ce programme d'intervention individuelle en ligne est tout à fait volontaire. Vous êtes libre d'accepter, tout comme de refuser d'y participer, sans aucun préjudice ou sans que cela nuise aux relations avec votre médecin ou avec d'autres intervenants ou aux soins que vous recevez. Vous êtes libre de vous retirer de cette étude à tout moment et pour n'importe quelle raison, sans devoir vous expliquer. Si vous décidez de vous retirer, les données déjà recueillies dans le cadre de cette étude pourraient être utilisées afin de protéger l'intégrité scientifique de l'étude.

**DÉCOUVERTE DE NOUVELLES INFORMATIONS :**

Si de nouvelles informations étaient découvertes en cours de recherche, informations pouvant influencer votre décision de participer à cette étude, vous en seriez informé et vous auriez l'occasion de décider si vous souhaitez continuer de participer à cette étude.

**CONFIDENTIALITÉ :**

Tout renseignement fourni lors de cette étude sera traité en toute confidentialité et ne sera jamais diffusé sur une base individuelle. Aucun nom ne sera publié ou divulgué à qui que ce soit. Un code aléatoire ou un pseudonyme sera utilisé pour remplacer le nom des participants lors de l'analyse des données. Le décodage ne peut être fait que par la chercheuse principale ou par une personne déléguée par cette dernière. Les citations directes utilisées ne seront pas publiées avec le nom réel du participant. Ses données personnelles seront modifiées afin que la personne soit non identifiable.

Les renseignements recueillis ainsi que les enregistrements audios des séances seront conservés dans un lieu sécuritaire, sous clé ou protégé par un mot de passe, pour une période de dix ans après la fin du recrutement des participants dans ce projet. Ils seront détruits de façon permanente et sécuritaire, par déchiquetage ou un logiciel de déchiquetage électronique pour les documents électroniques. Les résultats obtenus dans cette étude seront diffusés dans un essai doctoral et dans des articles publiés dans des revues scientifiques, dans lesquels aucune information personnelle ne sera utilisée. Toute citation ou information concernant un participant sera déguisée de manière à ce que la personne soit non identifiable.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection et de sécurité, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par l'établissement ou du comité d'éthique de la recherche. Ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

**INDEMNITÉ, CLAUSE DE RESPONSABILITÉ ET SUSPENSION DU PROJET :**

Il n'y a aucun type de dédommagement prévu pour votre participation à cette étude. En cliquant que vous acceptez ce formulaire de consentement, vous signez de manière électronique, mais vous ne renoncez à aucun de vos droits. Advenant le cas d'une suspension du présent projet, vous en serez immédiatement informé.

23/07/2019

Consentement: Faisabilité d'une intervention pour JAC

PI: AUBIN, Sylvie

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette intervention, si vous avez des questions en cours de route ou si vous souhaitez nous aviser de votre retrait, veuillez, contactez Mme Véronique Ménard, coordonnatrice de cette étude par téléphone au 514-654-2216 ou par courriel : [menard.veronique.5@courrier.uqam.ca](mailto:menard.veronique.5@courrier.uqam.ca)

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à la recherche, vous pouvez vous adresser au commissaire local, aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, au 514-340-8222 (poste 24222).

**SIGNATURE ÉLECTRONIQUE :**

En répondant à ce questionnaire en ligne, et en cliquant « J'ACCEPTÉ », vous consentez à participer à cette étude. Néanmoins, malgré cette signature électronique, vous avez toujours le droit de ne pas répondre à certaines questions ou à vous retirer sans préavis ni explication, à tout moment.

Cliquez « J'ACCEPTÉ » pour poursuivre avec les questionnaires préintervention.

## APPENDICE C – PREUVE DE SOUMISSION À UNE REVUE SCIENTIFIQUE

## RÉFÉRENCES

- Albritton, K. H., & Eden, T. (2007). Access to care before and during therapy. In *Cancer in Adolescents and Young Adults* (pp. 61-69). Springer Berlin Heidelberg.
- Amir, Z., & Brocky, J. (2009). Cancer survivorship and employment: epidemiology. *Occupational Medicine*, 59(6), 373-377.
- Amir, Z., Neary, D., & Luker, K. (2008). Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: A UK perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 190-197. doi:10.1016/j.ejon.2008.01.006
- Anderson, D., Dumont, S., Azzaria, L., Le Bourdais, M., & Noreau, L. (2007). Determinants of return to work among spinal cord injury patients: A literature review. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 57-68.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi:10.1037/0003-066X.55.5.469
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287.
- Bandura, A., & McClelland, D. C. (1977). *Social Learning Theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Banthia, R., Malcarne, V. L., Varni, J. W., Ko, C. M., Sadler, G. R., & Greenbergs, H. L. (2003). The effects of dyadic strength and coping styles on psychological distress in couples faced with prostate cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(1), 31-52.

- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(1), 37-47.
- Bee, H., & Boyd, D. (2012). *Psychologie du développement humain. Les âges de la vie*. Pearson.
- Blasi, G., Bouteyre, E., & Rollin, L. (2011). Consultation pluridisciplinaire d'aide à la reprise du travail après un cancer: Psychopathologie de la rémission et le retour à l'emploi. *Psycho-Oncologie*, 5(1), 40-44. doi:10.1007/s11839-011-0308-4
- Bleyer, A., Budd, T., & Montello, M. (2006). Adolescents and Young Adults with Cancer: The Scope of the Problem and Criticality of Clinique Trials. *Supplement to Cancer*, 107(7), 1645-1655. doi:10.1002/cncr.22102
- Blinder, V. S., Murphy, M. M., Vahdat, L. T., Gold, H. T., de Melo-Martin, I., Hayes, M. K., . . . Mazumdar, M. (2012). Employment after a breast cancer diagnosis: A qualitative study of ethnically diverse urban women. *Journal of Community Health*, 37(4), 763-772. doi:10.1007/s10900-011-9509-9
- Bouknight, R. R., Bradley, C. J., & Luo, Z. (2006). Correlates of return to work for breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(3), 345-353. doi:10.1200/JCO.2004.00.4929
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1447-1462.
- Caron, M., Durand, M.-J., & Tremblay, D. (2018). Perceptions of breast cancer survivors on the supporting practices of their supervisors in the return-to-work process: A qualitative descriptive study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 89-96. doi:10.1007/s10926-017-9698-x
- Brimeyer, C. (2013). *The adolescent with cancer's school re-entry experience: Exploration of predictors and successful outcomes*. (Doctor of Philosophy). University of Iowa, Iowa, US.

- Chen, S. C., Huang, B. S., Hung, T. M., Lin, C. Y., & Chang, Y. L. (2019). Impact of physical and psychosocial dysfunction on return to work in survivors of oral cavity cancer. *Psycho-Oncology*, 28(9), 1910-1917. doi:10.1002/pon.5173
- Clinton-McHarg, T., Carey, M., Sanson-Fisher, R., Shakeshaft, A., & Rainbird, K. (2010). Measuring the psychosocial health of adolescent and young adult (AYA) cancer survivors: a critical review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 25. doi:10.1186/1477-7525-8-25
- D'Agostino, N. M., Penney, A., & Zebrack, B. (2011). Providing Developmentally Appropriate Psychosocial Care to Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Cancer*, 110(117), 2329-2334. doi:10.1002/cncr.26043
- de Boer, A. G. E. M. (2014). The European Cancer and Work Network: CANWON. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(3), 393-398. doi:10.1007/s10926-013-9474-5
- de Boer, A. G., Taskila, T. K., Tamminga, S. J., Feuerstein, M., Frings-Dresen, M. H., & Verbeek, J. H. (2015). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Drew, S. (2007). 'Having cancer changed my life, and changed my life forever': Survival, illness legacy and service provision following cancer in childhood. *Chronic Illness*, 3(4), 278-295. doi:10.1177/1742395307085236
- Duijts, S. F. A., Spelten, E., & Verbeek, J. H. A. M. (2014). Behavioral determinants of employment status in cancer patients. In *The Handbook of Behavioral Medicine, Vols. 1-2* (pp. 827-849): Wiley-Blackwell.
- Duijts, S. F. A., van Egmond, M. P., Spelten, E., van Muijen, P., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(5), 481-492. doi:10.1002/pon.3467
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Sauer, H., & Hölzel, D. (2003). Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 42(7), 710-718.

- Erikson, E. H. (1994). *Identity and the life cycle*. WW Norton & Company.
- Evan, E. E., & Zeltzer, L. K. (2006). Psychosocial Dimensions of Cancer in Adolescents and Young Adults. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 107(S7), 1663-1671.
- Evans, R. I. (1969). Contributions to the history of psychology: X. Filmed dialogues with notable contributors to psychology. *Psychological reports*, 25(1), 159-164.
- Fernandez, C., Fraser, G. A., Freeman, C., Grunfeld, E., Gupta, A., Mery, L. S., . . . Schacter, for the Canadian Task Force on Adolescents and Young Adults with Cancer, B. (2011). Principles and recommendations for the provision of healthcare in Canada to adolescent and young adult-aged cancer patients and survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 1(1), 53-59.
- Ferrari, A., Thomas, D., Franklin, A. R. K., Hayes-Lattin, B. M., Mascarini, M., . . . Albritton, K. H. (2010). Starting an Adolescent and Young Adult Program: Some Success Stories and Some Obstacles to Overcome. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4850-4857. doi:10.1200/JCO.2009.23.8097
- Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, 1(1), 5-7. doi:10.1007/s11764-006-0002-x
- Feuerstein, M., Todd, B. L., Moskowitz, M. C., Bruns, G. L., Stoler, M. R., Nassif, T., & Yu, X. (2010). Work in cancer survivors: A model for practice and research. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 415-437. doi:10.1007/s11764-010-0154-6
- Fred Hutchinson Cancer Research Center. (2009, November 10). Men Leave: Separation And Divorce Far More Common When The Wife Is The Patient. *ScienceDaily*. Retrieved April 13, 2021 from [www.sciencedaily.com/releases/2009/11/091110105401.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2009/11/091110105401.htm)
- Greenwald, H. P., Dirks, S. J., Borgatta, E. F., McCorkle, R., Nevitt, M. C., & Yelin, E. H. (1989). Work disability among cancer patients. *Social Science & Medicine*, 29(11), 1253-1259.



- Gudbergsson, S. B., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2008). A study of work changes due to cancer in tumor-free primary-treated cancer patients. A NOCWO study. *Support Care Cancer*, 16, 1163-1171. doi:10.1007/s00520-008-0407-3.
- Hebdon, M., Foli, K., & McComb, S. (2015). Survivor in the cancer context: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(8), 1774-1786.
- Holmgren, K., & Ivanoff, S. D. (2004). Women on sickness absence--views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 26(4), 213-222. doi:10.1080/09638280310001644898
- Kamen, C., Mustian, K. M., Heckler, C., Janelins, M. C., Peppone, L. J., Mohile, S., . . . Spiegel, D. (2015). The association between partner support and psychological distress among prostate cancer survivors in a nationwide study. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(3), 492-499.
- Keegan, T. H., Lichtensztajn, D. Y., Kato, I., Kent, E. E., Wu, X. C., West, M. M., . . . AYA HOPE Study Collaborative Group. (2012). Unmet adolescent and young adult cancer survivors information and service needs: a population-based cancer registry study. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(3), 239-250.
- Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F., & Pryce, J. (2007). Returning to work following cancer: A qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16(1), 17-25. doi:10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x
- Le Corroller-Soriano, A. G., Malavolti, L., & Mermilliod, C. (2006). Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic.
- Legare, G., Preville, M., Masse, R., Poulin, C., St-Laurent, D., & Boyer, R. (2000). Santé mentale. *Enquête sociale et de santé 1998*.
- Main, D. S., Nowels, C. T., Cavender, T. A., Etschmaier, M., & Steiner, J. F. (2005). A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14(11), 992-1004. doi:10.1002/pon.913

- Manne, S., Badr, H., & Kashy, D. A. (2012). A longitudinal analysis of intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(3), 334-346.
- Mathews-Bradshaw, B., Johnson, R., Kaplan, S., Craddock, K., & Hayes-Lattin, B. M. (2011). The history and accomplishments of the LIVESTRONG Young Adult Alliance. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 1(1), 43-47. doi:10.1089/jayao.2010.0006
- Mehnert, A. (2010). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Review in Oncology/Hematology*, 77, 109-130. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.01.004.
- Morgan, S., Davies, S., Palmer, S., & Plaster, M. (2010). Sex, drugs, and rock 'n' roll: caring for adolescents and young adults with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4825-4830.
- Munir, F., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Leka, S., Griffiths, A., & Cox, S. (2007). Work factors related to psychological and health-related distress among employees with chronic illnesses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(2), 259-277. doi:10.1007/s10926-007-9074-3
- Nachreiner, N. M., Dagher, R. K., McGovern, P. M., Baker, B. A., Alexander, B. H., & Gerberich, S. G. (2007). Successful return to work for cancer survivors. *Aaohn Journal*, 55(7), 290-295.
- Nitkin, P., Parkinson, M., & Schultz, I. Z. (2011). *Cancer and Work: A Canadian Perspective*. Canadian Association of Psychosocial Oncology. Vancouver, British Columbia.
- Ouellette, A., Pelland, M.-E., Racicot, K., & Robert, E. (2016, avril). Jeunes adultes et cancer : quand l'improbable survient. Ordre des psychologues du Québec. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/-/jeunes-adultes-et-cancer-quand-l-improbable-survient> (consulté le 21 mars 2021)
- Parsons, J. A., Eakin, J. M., Bell, R. S., Franche, R.-L., & Davis, A. M. (2008). "So, are you back to work yet"? Re-conceptualizing 'work' and 'return to work' in

the context of primary bone cancer. *Social Science & Medicine*, 67(11), 1826-1836. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.011

Peteet, J. R. (2000). Cancer and the meaning of work. *General Hospital Psychiatry*, 22(3), 200-205. doi:10.1016/S0163-8343(00)00076-1

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(1), 23.

Pryce, J., Munir, F., & Haslam, C. (2007). Cancer survivorship and work: Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), 83-92. doi:10.1007/s10926-006-9040-5

Rabin, C., Simpson, N., Morrow, K., & Pinto, B. (2013). Intervention format and delivery preferences among young adult cancer survivors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 304-310. doi:10.1007/s12529-012-9227-4

Ramphal, R., Aubin, S., Czaykowski, P., De Pauw, S., Johnson, A., McKillop, S., . . . Rogers, P. (2016). Adolescent and young adult cancer: principles of care. *Current Oncology*, 23(3), 204.

Rasmussen, D. M., & Elverdam, B. (2008). The meaning of work and working life after cancer: An interview study. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1232-1238. doi:10.1002/pon.1354

Rodin, J. (1990). Control by any other name: Definitions, concepts, and processes. *Self-Directedness: Cause and Effects Throughout the Life Course*, 1-17.

Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. (2009). *Pratique de l'entretien motivationnel*. InterEditions.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1.

- Schieman, S., Van Gundy, K., & Taylor, J. (2001). Status, role, and resource explanations for age patterns in psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 80-96.
- Schiffman, J. D., Csongradi, E., & Suzuki, L. K. (2008). Internet Use Among Adolescent and Young Adults (AYA) With Cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 51(3), 410-415. doi:10.1002/pbc.21616
- Schuit, A. S., Holtmaat, K., Van Zwieten, V., Aukema, E. J., Gransier, L., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2021). Organizing psycho-oncological care for cancer patients: the patient's perspective. *Frontiers in Psychology*, 12, 1155.
- Seligman, M. E. (1991). P 1991 Learned optimism. *New York: AA Knopf*.
- Seligman, M. E. (1990). Explanatory style, helplessness, and depression. *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*, 267-282.
- Seligman, M. E. (1991). P 1991 Learned optimism. *New York: AA Knopf*.
- Smith, A. W., Bellizzi, K. M., Keegan, T. H., Zebrack, B., Chen, V. W., Neale, A. V., . . . Lynch, C. F. (2013). Health-related quality of life of adolescent and young adult patients with cancer in the United States: the Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience study. *Journal of Clinical Oncology*, 31(17), 2136.
- Sormanti, M., & Kayser, K. (2000). Partner support and changes in relationships during life-threatening illness: Women's perspectives. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(3), 45-66.
- Spelten, E. R., Sprangers, M. A. G., & Verbeek, J. H. A. M. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncology*, 11(2), 124-131. doi:10.1002/pon.585
- Spelten, E. R., Verbeek, J.H.A.M., Uitterhoeve, A. L. J., Ansink, A. C., van der Lelie, J., de Reijke, T. M., . . . Sprangers, M. A. G. (2003). Cancer, fatigue and the return of patients to work—a prospective cohort study. *European Journal of Cancer*, 39, 1562-1567. doi:10.1016/S0959-8049(03)00364-2.

Stanton, A. L. (2012). What Happens Now? Psychosocial Care for Cancer Survivors After Medical Treatment Completion. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1215-1220.

Statistique Canada. (2015). Statistiques canadiennes sur le cancer, 2015, Sujet particulier : prévisions concernant le fardeau futur du cancer au Canada. Ottawa, Ontario. Sur Internet : [cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-FR.pdf](http://cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-FR.pdf). (consulté le [06/05/2020]).

Statistique Canada. (2016). Canadian Cancer Statistics 2016, Special topic: HPV-associated cancers, Ottawa, Ontario. Sur Internet : [cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2016-EN.pdf](http://cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2016-EN.pdf). (consulté le [06/05/2020]).

Statistiques canadiennes sur le cancer 2019, Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2019. Sur Internet : [cancer.ca/Statistiques-cancer-Canada-2019-FR](http://cancer.ca/Statistiques-cancer-Canada-2019-FR) (consulté le [06/05/2020]).

Steiner, J. F., Cavender, T. A., Nowels, C. T., Beaty, B. L., Bradley, C. J., Fairclough, D. L., & Main, D. S. (2008). The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psycho-Oncology*, 17(2), 138-147. doi:10.1002/pon.1204

Stone, D. S., Ganz, P. A., Pavlish, C., & Robbins, W. A. (2017). Young adult cancer survivors and work: A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 11(6), 765-781. doi:10.1007/s11764-017-0614-3

Strauss, W., & Howe, N. (2009). *The fourth turning: What the cycles of history tell us about America's next rendezvous with destiny*. Crown.

Syme, S. L. (1990). Control and Health: An epidemiological perspective. In J. Rodin, C. Schooler, & K. W. Schaie (Eds.), *Self-directedness: Cause and Effects Throughout the Life Course* (pp. 213-229). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Tamminga, S. J., de Boer, A. G. E. M., Verbeek, J. H. A. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2010). Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(9), 639-648. doi:10.1136/oem.2009.050070
- Tamminga, S. J., de Boer, A. G. E. M., Verbeek, J. H. A. M., Taskila, T., & Frings-Dresen, M. H. W. (2010). Enhancing return-to-work in cancer patients, development of an intervention and design of a randomised controlled trial. *BMC Cancer*, 10(1), 345. doi:10.1186/1471-2407-10-345
- Taskila, T., de Boer, A. G. E. M., van Dijk, F. J. H., & Verbeek, J. H. A. M. (2011). Fatigue and its correlates in cancer patients who had returned to work—A cohort study. *Psycho-Oncology*, 20(11), 1236-1241. doi:10.1002/pon.1843
- Taskila, T., Martikainen, R., Hietanen, P., & Lindbohm, M. L. (2007). Comparative study of work ability between cancer survivors and their referents. *European Journal of Cancer Care*, 43(5), 914-920. doi:10.1016/j.ejca.2007.01.012
- Torp, S., Gudbergsson, S. B., Dahl, A. A., Fosså, S. D., & Fløtten, T. (2011). Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6\_suppl), 33-42. doi:10.1177/1403494810395827
- van Egmond, M. P., Duijts, S. F. A., Scholten, A. P. J., van der Beek, A. J., & Anema, J. R. (2016). Offering a tailored return to work program to cancer survivors with job loss: a process evaluation. *BMC Public Health*, 16(1), 940. doi:10.1186/s12889-016-3592-x
- Wade, T. J., & Cairney, J. (1997). Age and depression in a nationally representative sample of Canadians: A preliminary look at the National Population Health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 88(5), 297-302.
- Wells, M., Williams, B., Firnigl, D., Lang, H., Coyle, J., Kroll, T., & MacGillivray, S. (2013). Supporting 'work-related goals' rather than 'return to work' after cancer? A systematic review and meta-synthesis of 25 qualitative studies. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1208-1219. doi:10.1002/pon.3148

- Yarker, J., Munir, F., Bains, M., Kalawsky, K., & Haslam, C. (2010). The role of communication and support in return to work following cancer-related absence. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1078-1085. doi:10.1002/pon.1662
- Yu, M., Ferrucci, L. M., McCorkle, R., Ercolano, E., Smith, T., Stein, K. D., & Cartmel, B. (2012). Employment experience of cancer survivors 2 years post-diagnosis in the Study of Cancer Survivors-I. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(2), 210-218. doi:10.1007/s11764-011-0212-8
- Zebrack, B. (2009). Information and service needs for young adult cancer survivors. *Support Care Cancer*, 17(4), 349-357. doi:10.1007/s00520-008-0469-2
- Zebrack, B. (2011). Psychological, Social, and Behavioral Issues for Young Adults With Cancer. *Cancer*, 117(10), 2289-2294. doi:10.1002/cncr.26056
- Zebrack, B., Bleyer, A., Albritton, K., Medearis, S., & Tang, J. (2006). Assessing the Health Care Needs of Adolescent and Young Adult Cancer Patients and Survivors. *American Cancer Society*, 107(12), 2915-2923. doi:10.1002/cncr.22338
- Zebrack, B., Chesler, M. A., & Kaplan, S. (2010). To foster healing among adolescents and young adults with cancer: What helps? What hurts?. *Supportive Care in Cancer*, 18(1), 131-135.
- Zebrack, B., Hamilton, R., & Smith, A. W. (2009, October). Psychosocial outcomes and service use among young adults with cancer. In *Seminars in oncology* (Vol. 36, No. 5, pp. 468-477). WB Saunders.

## BIBLIOGRAPHIE

- Acquati, C., & Kayser, K. (2019). Addressing the psychosocial needs of cancer patients: A retrospective analysis of a distress screening and management protocol in clinical care. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(3), 287-300. doi:10.1080/07347332.2018.1523822
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- 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(2), 241-249.
- Amin, L., Stergiou-Kita, M., & Jones, J. M. (2017). Development of a return-to-work planning tool for cancer survivors. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 84(4-5), 223-228. doi:10.1177/0008417417700916
- Amir, Z., Moran, T., Walsh, L., Iddenden, R., & Luker, K. (2007). Return to paid work after cancer: A British experience. *Journal of Cancer Survivorship*, 1(2), 129-136. doi:10.1007/s11764-007-0021-2
- Amir, Z., Wynn, P., Chan, F., Strauser, D., Whitaker, S., & Luker, K. (2010). Return to work after cancer in the UK: Attitudes and experiences of line managers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(4), 435-442. doi:10.1007/s10926-009-9197-9
- Antoni, M. H., Bouchard, L. C., Jacobs, J. M., Lechner, S. C., Jutagir, D. R., Gudenkauf, L. M., . . . Blomberg, B. B. (2016). Stress management, leukocyte transcriptional changes and breast cancer recurrence in a randomized trial: An exploratory analysis. *Psychoneuroendocrinology*(74), 269-277. doi:10.1016/j.psyneuen.2016.09.012



- Armaou, M., Schumacher, L., & Grunfeld, E. A. (2018). Cancer survivors' social context in the return to work process: Narrative accounts of social support and social comparison information. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 504-512. doi:10.1007/s10926-017-9735-9
- Arpawong, T. E., Oland, A., Milam, J. E., Ruccione, K., & Meeske, K. A. (2013). Post-traumatic growth among an ethnically diverse sample of adolescent and young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2235-2244.
- Aubin, S., Rosberger, Z., Hafez, N., Noory, M. R., Perez, S., Lehmann, S., . . . Kavan, P. (2019). Cancer!? I don't have time for that: impact of a psychosocial intervention for young adults with cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(2), 172-189.
- Badger, T. A., Braden, C. J., Longman, A. J., & Mishel, M. M. (2001). Depression burden, self-help interventions, and social support in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 567-574. doi:10.1300/J077v17n02\_02
- Bains, M., Munir, F., Yarker, J., Bowley, D., Thomas, A., Armitage, N., & Steward, W. (2012). The impact of colorectal cancer and self-efficacy beliefs on work ability and employment status: A longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 21(5), 634-641. doi:10.1111/j.1365-2354.2012.01335.x
- Bains, M., Munir, F., Yarker, J., Steward, W., & Thomas, A. (2011). Return-to-work guidance and support for colorectal cancer patients: A feasibility study. *Cancer Nursing*, 34(6), e1-e12. doi:10.1097/NCC.0b013e31820a4c68
- Bains, M., Yarker, J., Amir, Z., Wynn, P., & Munir, F. (2012). Helping cancer survivors return to work: What providers tell us about the challenges in assisting cancer patients with work questions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 71-77. doi:10.1007/s10926-011-9330-4
- Banning, M. (2011). Employment and breast cancer: A meta-ethnography. *European Journal of Cancer Care*, 20(6), 708-719. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01291.x

- Barnes, A. J., Robert, N., & Bradley, C. J. (2014). Job attributes, job satisfaction and the return to health after breast cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology*, 23(2), 158-164. doi:10.1002/pon.3385
- Barnett, M. E. (2016). *To disclose or not to disclose: Cancer-related self-disclosure among adolescent and young adult cancer survivors*. (Doctor of Philosophy). Adelphi University, US.
- Barnett, M. E., Shuk, E. M., Conway, F. P., & Ford, J. S. (2014). Cancer-related disclosure among adolescent and young adult cancer survivors: A qualitative study. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 3(3), 123-129.
- Bártolo, A., Andrade, A., Silva, D., & Monteiro, S. (2018). Psychosocial risks at the workplace and quality of life in cancer survivors in employment. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1347-1349. doi:10.1002/pon.4644
- Barton, K. S., Tate, T., Lau, N., Taliesin, K. B., Waldman, E. D., & Rosenberg, A. R. (2018). "I'm not a spiritual person." How hope might facilitate conversations about spirituality among teens and young adults with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6), 1599-1608. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.02.001
- Beesley, V. L., Vallance, J. K., Mihala, G., Lynch, B. M., & Gordon, L. G. (2017). Association between change in employment participation and quality of life in middle-aged colorectal cancer survivors compared with general population controls. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1354-1360. doi:10.1002/pon.4306
- Bell, C. J., Bell, R. A., Zebrack, B., Kato, I., Morse, A., & Borinstein, S. C. (2018). Measuring development of adolescent and young adult cancer patients: An integrative review of available instruments. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(3), 270-282. doi:10.1089/jayao.2017.0127
- Bellizzi, K. M., Smith, A., Schmidt, S., Keegan, T. H. M., Zebrack, B., Lynch, C. F., . . . Simon, M. (2012). Positive and negative psychosocial impact of being diagnosed with cancer as an adolescent or young adult. *Cancer*, 118(20), 5155-5162. doi:10.1002/cncr.27512
- Berrett-Abebe, J., Cadet, T., Vitello, J., & Maramaldi, P. (2018). Developing content for an interprofessional training on fear of cancer recurrence (FCR): Key

informant interviews of healthcare professionals, researchers and cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(3), 259-273.  
doi:10.1080/07347332.2018.1443987

Berry, D. L. (1992). *Return to work experiences of persons with cancer*. (Doctor of Philosophy). University of Washington, US.

Berry, D. L., Blonquist, T. M., Patel, R. A., Halpenny, B., & McReynolds, J. (2015). Exposure to a patient-centered, Web-based intervention for managing cancer symptom and quality of life issues: Impact on symptom distress. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e136. doi:10.2196/jmir.4190

Bijker, R., Duijts, S. F. A., Smith, S. N., de Wildt-Liesveld, R., Anema, J. R., & Regeer, B. J. (2018). Functional impairments and work-related outcomes in breast cancer survivors: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 429-451. doi:10.1007/s10926-017-9736-8

Bolt, S., Baylor, C., Burns, M., & Eadie, T. (2020). "I would have told you about being forgetful, but I forgot": The experience of cognitive changes and communicative participation after head and neck cancer. *Disability and Rehabilitation*, 42(7), 931-939. doi:10.1080/09638288.2018.1514535

Bradley, C. J., & Bednarek, H. L. (2002). Employment patterns of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 11(3), 188-198. doi:10.1002/pon.544

Brown, R. F., Owens, M., & Bradley, C. (2013). Employee to employer communication skills: Balancing cancer treatment and employment. *Psycho-Oncology*, 22(2), 426-433.

Brunet, J., Love, C., Ramphal, R., & Sabiston, C. M. (2014). Stress and physical activity in young adults treated for cancer: the moderating role of social support. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 689-695.

Calvio, L., Peugeot, M., Bruns, G. L., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). Measures of cognitive function and work in occupationally active breast cancer survivors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(2), 219-227. doi:10.1097/JOM.0b013e3181d0bef7

Canadian Cancer Society/National Cancer Institute of Canada: Canadian Cancer Statistics. 2008, Toronto, Canada, 2008. April 2008, ISSN 0835-2976

Cancer, S. C. d. (2019). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2019*. Toronto, Ontario

Cancer survivorship. (2013). In *Handbook of work disability: Prevention and management*. (pp. 289-302). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.

Caplette-Gingras, A., Casault, L., & Savard, J. (2015). *Groupe de Thérapie sur la Peur de la Récidive du Cancer*. Université Laval.

Carlson, L. E., Beattie, T. L., Giese-Davis, J., Faris, P., Tamagawa, R., Fick, L. J., . . . Specia, M. (2015). Mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy maintain telomere length relative to controls in distressed breast cancer survivors. *Cancer*, *121*(3), 476-484. doi:10.1002/cncr.29063

Chalmers, J. A., Sansom-Daly, U. M., Patterson, P., McCowage, G., & Anazodo, A. (2018). Psychosocial assessment using telehealth in adolescents and young adults with cancer: A partially randomized patient preference pilot study. *JMIR Research Protocols*, *7*(8), e168.

Chaloult, L., & Ngo, T. L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*. Gaëtan Morin.

Chambers, S. K., Morris, B. A., Clutton, S., Foley, E., Giles, L., Schofield, P., . . . Dunn, J. (2015). Psychological wellness and health-related stigma: A pilot study of an acceptance-focused cognitive behavioural intervention for people with lung cancer. *European Journal of Cancer Care*, *24*(1), 60-70. doi:10.1111/ecc.12221

Chambers, S. K., Ritterband, L. M., Thorndike, F., Nielsen, L., Aitken, J. F., Clutton, S., . . . Dunn, J. (2018). Web-delivered cognitive behavioral therapy for distressed cancer patients: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(1). doi:10.2196/jmir.8850

- Chapman, S. A. (2001). *The experience of returning to work for employed young women with breast cancer*. (Doctor of Philosophy). University of California, US.
- Cho, D., & Park, C. L. (2015). Cancer-related identities in people diagnosed during late adolescence and young adulthood. *British Journal of Health Psychology*, 20(3), 594-612. doi:10.1111/bjhp.12110
- Cilleßen, L., Johannsen, M., Speckens, A. E. M., & Zachariae, R. (2019). Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncology*, 28(12), 2257-2269. doi:10.1002/pon.5214
- Cleary, E. H., & Stanton, A. L. (2015). Mediators of an Internet-based psychosocial intervention for women with breast cancer. *Health Psychology*, 34(5), 477-485. doi:10.1037/hea0000170
- Cohen, A., Ianovski, L. E., Frenkiel, S., Hier, M., Zeitouni, A., Kost, K., . . . Henry, M. (2018). Barriers to psychosocial oncology service utilization in patients newly diagnosed with head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2786-2793. doi:10.1002/pon.4889
- Commission Canadienne des Droits de la Personne. (2007). *Guide de la gestion du retour au travail*: Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux.
- Compen, F., Adang, E., Bisseling, E., Lee, M., & Speckens, A. E. M. (2019). Cost-utility of individual internet-based and face-to-face mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 29(2), 294-303. doi:10.1002/pon.5246
- Compen, F. R., Bisseling, E. M., Schellekens, M. P. J., Jansen, E. T. M., van der Lee, M. L., & Speckens, A. E. M. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for cancer patients delivered via internet: Qualitative study of patient and therapist barriers and facilitators. *Journal of Medical Internet Research*, 19(12), e407.

- Cooper, A. F., Hankins, M., Rixon, L., Eaton, E., & Grunfeld, E. A. (2013). Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. *Psycho-Oncology*, 22(3), 659-667. doi:10.1002/pon.3049
- Corbett, T., Singh, K., Payne, L., Bradbury, K., Foster, C., Watson, E., Richardson, A., Little, P., & Yardley, L. (2018). Understanding acceptability of and engagement with web-based interventions aiming to improve quality of life in cancer survivors: A synthesis of current research. *Psycho-Oncology*, 27(1), 22-33. doi:10.1002/pon.4566
- Cousson-Gélie, F. (2019). Comment faire face au cancer? Les dernières avancées dans le domaine de l'adaptation au cancer et les modèles cognitifs qui les sous-tendent. [How do patients cope with cancer? The latest advances in cancer coping strategies and the cognitive models that underlie them.]. *Revue de Neuropsychologie, Neurosciences Cognitives et Cliniques*, 11(4), 289-293.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 28(2), 139-147. doi:10.1016/S0005-7916(97)00005-0
- Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., Carroll, S., Triplette, K. N., Calhoun, L. G., Cann, A., & Powell, B. L. (2013). A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(1), 13-24. doi:10.1007/s10880-012-9304-5
- De Blasi, G., Bouteyre, E., Bretteville, J., Boucher, L., & Rollin, L. (2014). Multidisciplinary department of "return to work after a cancer": A French experience of support groups for vocational rehabilitation. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(1), 74-93. doi:10.1080/07347332.2013.855961
- De Blasi, G., Bouteyre, E., Bretteville, J., & Rollin, L. (2014). Aide à la reprise du travail après cancer : Huit années d'expérience d'une consultation pilote. [Department of "return to work after a cancer": Eight years of a pilot experience.]. *Psycho-Oncologie*, 8(3), 135-140. doi:10.1007/s11839-014-0472-4

- de Boer, A. G. E. M., Taskila, T., Tamminga, S. J., Frings-Dresen, M. H. W., Feuerstein, M., & Verbeek, J. H. A. M. (2015). Interventions to Enhance Return-to-Work for Cancer Patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9). doi:10.1002/14651858.CD007569.pub3
- de Jong, M., Tamminga, S. J., de Boer, A. G. E. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2016). Quality of working life of cancer survivors: Development of a cancer-specific questionnaire. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2), 394-405. doi:10.1007/s11764-015-0485-4
- Decker, C., Phillips, C. R., & Haase, J. E. (2004). Information needs of adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(6), 327-334. doi:10.1177/1043454204269606
- Decker, C. L. (2006). Coping in Adolescents with Cancer: A Review of the Literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(4), 123-140. doi:10.1300/J077v24n04\_07
- Decker, C. L., Haase, J. E., & Bell, C. J. (2007). Uncertainty in adolescents and young adults with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 681-688. doi:10.1188/07.ONF.681-688
- DeRouen, M. C., Wilder Smith, A., Tao, L., Bellizzi, K. M., Lynch, C. F., Parsons, H. M., Kent, E. E., & Keegan, T. H. M. (2015). Cancer-related information needs and cancer's impact on control over life influence health-related quality of life among adolescents and young adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1104-1115. doi:10.1002/pon.3730.
- Deshields, T., Zebrack, B., & Kennedy, V. (2013). The state of psychosocial services in cancer care in the United States. *Psycho-Oncology*, 22(3), 699-703. doi:10.1002/pon.3057
- Désiron, H. A. M., Donceel, P., de Rijk, A. E., & Van Hoof, E. (2013). A conceptual-practice model for occupational therapy to facilitate return to work in breast cancer patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(4), 516-526. doi:10.1007/s10926-013-9427-z
- Dixon, C. L. (2019). *Examining fear of recurrence in cancer survivors*. (Doctorate of Philosophy). Walden University, US.

- Dorland, H. F., Abma, F. I., Roelen, C. A. M., Stewart, R. E., Amick, B. C., Bültmann, U., & Ranchor, A. V. (2018). Work-specific cognitive symptoms and the role of work characteristics, fatigue, and depressive symptoms in cancer patients during 18 months post return to work. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2229-2236. doi:10.1002/pon.4800
- Dorland, H. F., Abma, F. I., Van Zon, S. K. R., Stewart, R. E., Amick, B. C., Ranchor, A. V., . . . Bültmann, U. (2018). Fatigue and depressive symptoms improve but remain negatively related to work functioning over 18 months after return to work in cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship*, 12(3), 371-378. doi:10.1007/s11764-018-0676-x
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2016). "I just have to move on": Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 205-211. doi:10.1016/j.ejon.2015.10.005
- Duijts, S. F. A., Bleiker, E. M. A., Paalman, C. H., & van der Beek, A. J. (2017). A behavioural approach in the development of work-related interventions for cancer survivors: An exploratory review. *European Journal of Cancer Care*, 26(5), 1-17.
- Duijts, S. F. A., Dalton, S. O., Lundh, M. H., Horsboel, T. A., & Johansen, C. (2017). Cancer survivors and return to work: Current knowledge and future research. *Psycho-Oncology*, 26(5), 715-717. doi:10.1002/pon.4235
- Duijts, S. F. A., van Egmond, M. P., Gits, M., van der Beek, A. J., & Bleiker, E. M. (2017). Cancer survivors' perspectives and experiences regarding behavioral determinants of return to work and continuation of work. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 39(21), 2164-2172. doi:10.1080/09638288.2016.1219924
- Easley, J., Miedema, B., & Robinson, L. (2013). It's the "good" cancer, so who cares? Perceived lack of support among young thyroid cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 596-600. doi:10.1188/13.ONF.596-600



- Eberl-Marty, A. (2013). Quand la reprise professionnelle révèle le patient à lui-même. [When the return to work reveals a lot to the patient about himself.]. *Psycho-Oncologie*, 7(1), 54-56. doi:10.1007/s11839-013-0405-7
- Eberl-Marty, A. (2014). Les enjeux psychiques de la reprise professionnelle : Analyse clinique de patients en cours de traitement. [Psychic stakes when the patient has decided to return to work: Clinical analysis of cancer patients during treatment.]. *Psycho-Oncologie*, 8(3), 169-170. doi:10.1007/s11839-014-0476-4
- Egmond, M. P., Duijts, S. F. A., Loyen, A., Vermeulen, S. J., van der Beek, A. J., & Anema, J. R. (2017). Barriers and facilitators for return to work in cancer survivors with job loss experience: A focus group study. *European Journal of Cancer Care*, 26(5), 1-15. doi:10.1111/ecc.12420
- Endo, M., Haruyama, Y., Takahashi, M., Nishiura, C., Kojimahara, N., & Yamaguchi, N. (2016). Returning to work after sick leave due to cancer: A 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2), 320-329. doi:10.1007/s11764-015-0478-3
- Fairchild, A. J., Heiney, S. P., Baruth, M., Tavakoli, A., Hayne, M. P. D. P., & McDaniel, H. L. (2017). Mediators of social connection in a group teleconference intervention. *Research and Theory for Nursing Practice*, 31(2), 121-136. doi:10.1891/1541-6577.31.2.121
- Fantoni, S. Q., Peugniez, C., Duhamel, A., Skrzypczak, J., Frimat, P., & Leroyer, A. (2010). Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 49-58. doi:10.1007/s10926-009-9215-y
- Fitch, M. I., & Nicoll, I. (2019). Returning to work after cancer: Survivors', caregivers', and employers' perspectives. *Psycho-Oncology*, 28(4), 792-798. doi:10.1002/pon.5021
- Fletcher, S., Hughes, R., Pickstock, S., & Auret, K. (2018). Advance care planning discussions with adolescent and young adult cancer patients admitted to a community palliative care service: A retrospective case-note audit. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(1), 112-119. doi:10.1089/jayao.2017.0032

- Fong, C. J., Murphy, K. M., Westbrook, J. D., & Markle, M. M. (2018). Psychological interventions to facilitate employment outcomes for cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice, 28*(1), 84-98. doi:10.1177/1049731515604741
- Ford, J. S., Chou, J. F., & Sklar, C. A. (2013). Attendance at a survivorship clinic: Impact on knowledge and psychosocial adjustment. *Journal of Cancer Survivorship, 7*(4), 535-543. doi:10.1007/s11764-013-0291-9
- Foster, C., Calman, L., Grimmett, C., Breckons, M., Cotterell, P., Yardley, L., . . . Richardson, A. (2015). Managing fatigue after cancer treatment: Development of RESTORE, a web-based resource to support self-management. *Psycho-Oncology, 24*(8), 940-949. doi:10.1002/pon.3747
- Franché, R.-L., Corbière, M., Lee, H., Breslin, F. C., & Hepburn, C. G. (2007). The Readiness for Return-To-Work (RRTW) scale: Development and validation of a self-report staging scale in lost-time claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation, 17*(3), 450-472. doi:10.1007/s10926-007-9097-9
- Fu, F., Zhao, H., Tong, F., & Chi, I. (2017). A systematic review of psychosocial interventions to cancer caregivers. *Frontiers in Psychology, 8*, 834.
- Giesler, J. M., Keller, B., Repke, T., Leonhart, R., Weis, J., Muckelbauer, R., . . . Holmberg, C. (2017). Effect of a website that presents patients' experiences on self-efficacy and patient competence of colorectal cancer patients: Web-based randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 19*(10), e334.
- Glaser, S., Knowles, K., & Damaskos, P. (2019). Survivor guilt in cancer survivorship. *Social Work in Health Care, 58*(8), 764-775. doi:10.1080/00981389.2019.1640337
- Götze, H., Ernst, J., Brähler, E., Romer, G., & von Klitzing, K. (2015). Predictors of quality of life of cancer patients, their children, and partners. *Psycho-Oncology, 24*(7), 787-795. doi:10.1002/pon.3725

- Graneek, L., Nakash, O., Ariad, S., Shapira, S., & Ben-David, M. (2019). Cancer patients' mental health distress and suicidality: Impact on oncology healthcare workers and coping strategies. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(6), 429-436. doi:10.1027/0227-5910/a000591
- Gravel, N., & Robitaille, M.-A. (2014). Le programme Cancer Transitions : Exemple de collaboration entre les centres hospitaliers et un organisme communautaire pour favoriser la transition des personnes en survivance. Sur internet : [https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/lutte-contre-le-cancer/congres-2014/AM\\_9-11h10\\_Cancer\\_Transitions.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/lutte-contre-le-cancer/congres-2014/AM_9-11h10_Cancer_Transitions.pdf) (consulté le 11 février 2021).
- Green, H. J., Tefay, M., & Mihuta, M. E. (2018). Feasibility of small group cognitive rehabilitation in a clinical cancer setting. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1341-1343. doi:10.1002/pon.4600
- Greidanus, M. A., Boer, A. G. E. M., Rijk, A. E., Tiedtke, C. M., Dierckx de Casterlé, B., Frings-Dresen, M. H. W., & Tamminga, S. J. (2018). Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: A systematic review of employers' and survivors' perspectives. *Psycho-Oncology*, 27(3), 725-733. doi:10.1002/pon.4514
- Griffiths, C., Panteli, N., Brunton, D., Marder, B., & Williamson, H. (2015). Designing and evaluating the acceptability of Realshare: An online support community for teenagers and young adults with cancer. *Journal of health psychology*, 20(12), 1589-1601. doi:10.1177/1359105313519154
- Groeneveld, I. F., de Boer, A. G. E. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2013). Physical exercise and return to work: Cancer survivors' experiences. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(2), 237-246. doi:10.1007/s11764-012-0264-4
- Grunfeld, E. A., & Cooper, A. F. (2012). A longitudinal qualitative study of the experience of working following treatment for gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, 21(1), 82-89. doi:10.1002/pon.1874
- Grunfeld, E. A., Drudge-Coates, L., Rixon, L., Eaton, E., & Cooper, A. F. (2013). "The only way I know how to live is to work": A qualitative study of work following treatment for prostate cancer. *Health Psychology*, 32(1), 75-82. doi:10.1037/a0030387

Grunfeld, E. A., Low, E., & Cooper, A. F. (2010). Cancer survivors' and employers' perceptions of working following cancer treatment. *Occupational Medicine*, 60(8), 611-617. doi:10.1093/occmed/kqq143

Grunfeld, E. A., Rixon, L., Eaton, E., & Cooper, A. F. (2008). The organisational perspective on the return to work of employees following treatment for cancer. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(4), 381-388. doi:10.1007/s10926-008-9152-1

Gudbergsson, S. B., & Dahl, A. A. (2008). Aspects of the work situation of cancer survivors. *A Journal on Psychiatry, Psychology and Psychopharmacology*, 49(1), 45-60.

Gudenkauf, L. M. (2017). *Brief psychosocial intervention effects on benefit finding among women with breast cancer and the roles of distress and ethnicity*. (Doctor of Philosophy). University of Miami, US.

Gupta, A. A., Papadakos, J. K., Jones, J. M., Amin, L., Chang, E. K., Korenblum, C., . . . Giuliani, M. E. (2016). Reimagining care for adolescent and young adult cancer programs: Moving with the times. *Cancer*, 122(7), 1038-1046. doi:10.1002/cncr.29834

Halvorsen, J. F., Sund, A. M., Zeltzer, L. K., Ådnanes, M., Jensberg, H., Eikemo, T. A., . . . Reinfjell, T. (2018). Health-related quality of life and psychological distress in young adult survivors of childhood cancer and their association with treatment, education, and demographic factors. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 27(2), 529-537. doi:10.1007/s11136-017-1716-0

Handberg, C., Nielsen, C. V., & Lomborg, K. (2014). Men's reflections on participating in cancer rehabilitation: A systematic review of qualitative studies 2000–2013. *European Journal of Cancer Care*, 23(2), 159-172. doi:10.1111/ecc.12131

Hedayati, E., Johnsson, A., Alinaghizadeh, H., Schedin, A., Nyman, H., & Albertsson, M. (2013). Cognitive, psychosocial, somatic and treatment factors predicting return to work after breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 380-387. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01046.x

- Hocking, M. C., Hobbie, W. L., Deatrck, J. A., Hardie, T. L., & Barakat, L. P. (2015). Family functioning mediates the association between neurocognitive functioning and health-related quality of life in young adult survivors of childhood brain tumors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 4(1), 18-25. doi:10.1089/jayao.2014.0022
- Hoffman, B. (2005). Cancer survivors at work: a generation of progress. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(5), 271-280.
- Hunter, E. G., Gibson, R. W., Arbesman, M., & D'Amico, M. (2017). Systematic review of occupational therapy and adult cancer rehabilitation: Part 2. Impact of multidisciplinary rehabilitation and psychosocial, sexuality, and return-to-work interventions. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 1-8.
- Husson, O., Zebrack, B., Block, R., Embry, L., Aguilar, C., Hayes-Lattin, B. M., & Cole, S. W. (2017). Personality traits and health-related quality of life among adolescent and young adult cancer patients: The role of psychological distress. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(2), 358-362. doi:10.1089/jayao.2016.0083
- Iannarino, N. T. (2017). *Social support in young adult cancer survivors and their close social network members*. (Doctor of Philosophy). University of Kentucky, US.
- Institute, N. C. (2006). *Closing the Gap: Research and Care Imperatives for Adolescents and Young Adults with Cancer*.
- Jensen-Johansen, M. B., Christensen, S., Valdimarsdottir, H., Zakowski, S., Jensen, A. B., Bovbjerg, D. H., & Zachariae, R. (2013). Effects of an expressive writing intervention on cancer-related distress in Danish breast cancer survivors—Results from a nationwide randomized clinical trial. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1492-1500. doi:10.1002/pon.3193
- Jernelöv, S., Lekander, M., Blom, K., Rydh, S., Ljótsson, B., Axelsson, J., & Kaldo, V. (2012). Efficacy of a behavioral self-help treatment with or without therapist guidance for co-morbid and primary insomnia-A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1), 5. doi:10.1186/1471-244X-12-5

- Jerome, H., Smith, K. V., Shaw, E. J., Szydlowski, S., Barker, C., Pistrang, N., & Thompson, E. H. (2018). Effectiveness of a cancer bereavement therapeutic group. *Journal of Loss and Trauma*, 23(7), 574-587. doi:10.1080/15325024.2018.1518772
- Johnsson, A., Fornander, A., Rutqvist, L. E., & Olsson, M. (2010). Factors influencing return to work: A narrative study of women treated for breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 19(3), 317-323. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.01043.x
- Kalfa, S., Koelmeyer, L., Taksa, L., Winch, C., Viveros, H., Gollan, P. J., Mackie, H., & Boyages, J. (2018). Work experiences of Australian cancer survivors with lymphoedema: A qualitative study. *Health & social care in the community*, 27(4), 848-855. doi:10.1111/hsc.12698
- Kanera, I. M., Willems, R. A., Bolman, C. A. W., Mesters, I., Zambon, V., Gijzen, B. C. M., & Lechner, L. (2016). Use and appreciation of a tailored self-management eHealth intervention for early cancer survivors: Process evaluation of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8), e229-e229. doi:10.2196/jmir.5975
- Kent, E. E., Sender, L. S., Morris, R. A., Grigsby, T. J., Montoya, M. J., Ziogas, A., & Anton-Culver, H. (2013). Multilevel socioeconomic effects on quality of life in adolescent and young adult survivors of leukemia and lymphoma. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 22(6), 1339-1351. doi:10.1007/s11136-012-0254-z
- Kenyon, M., Young, F., Mufti, G. J., Pagliuca, A., Lim, Z., & Ream, E. (2015). Life coaching following haematopoietic stem cell transplantation: A mixed-method investigation of feasibility and acceptability. *European Journal of Cancer Care*, 24(4), 531-541. doi:10.1111/ecc.12297
- Kirchhoff, A. C., Spraker-Perlman, H. L., McFadden, M., Warner, E. L., Oeffinger, K. C., Wright, J., & Kinney, A. Y. (2014). Sociodemographic disparities in quality of life for survivors of adolescent and young adult cancers in the behavioral risk factor surveillance system. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 3(2), 66-74.

- Klosky, J. L., Krull, K. R., Kawashima, T., Leisenring, W., Randolph, M. E., Zebrack, B., Stuber, M. L., . . . Phipps, S. (2014). Relations between posttraumatic stress and posttraumatic growth in long-term survivors of childhood cancer: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Health Psychology, 33*(8), 878-882. doi:10.1037/hea0000076
- Köhle, N., Drossaert, C. H. C., Van Uden-Kraan, C. F., Schreurs, K. M. G., Hagedoorn, M., Verdonck-de Leeuw, I. M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). Intent to use a web-based psychological intervention for partners of cancer patients: Associated factors and preferences. *Journal of Psychosocial Oncology, 36*(2), 203-221. doi:10.1080/07347332.2017.1397831
- Kolobova, I. (2016). *Adolescent and Young Adult Oncology Patients and their Caregivers*. (Doctor of Philosophy). East Carolina University, Carolina, USA.
- Körner, A., Roberts, N., Steele, R. J., Brosseau, D. C., & Rosberger, Z. (2019). A randomized controlled trial assessing the efficacy of a self-administered psycho-educational intervention for patients with cancer. *Patient Education and Counseling, 102*(4), 735-741. doi:10.1016/j.pec.2018.12.002
- Kosola, S., McCarthy, M. C., McNeil, R., Orme, L. M., Drew, S., & Sawyer, S. M. (2018). Early education and employment outcomes after cancer in adolescents and young adults. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology, 7*(2), 238-244. doi:10.1089/jayao.2017.0045
- Kumar, A. R., & Schapira, L. (2013). The impact of intrapersonal, interpersonal, and community factors on the identity formation of young adults with cancer: A qualitative study. *Psycho-Oncology, 22*(8), 1753-1758. doi:10.1002/pon.3207
- Kwak, M., Zebrack, B., Meeske, K. A., Embry, L., Aguilar, C., Block, R., . . . Cole, S. (2013). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms in adolescent and young adult cancer survivors: A 1-year follow-up study. *Psycho-Oncology, 22*(8), 1798-1806. doi:10.1002/pon.3217
- Lam, C. G., Cohen, K. J., & Roter, D. L. (2013). Coping needs in adolescents with cancer: A participatory study. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology, 2*(1), 10-16. doi:10.1089/jayao.2012.0011

- Lamm, A. (2019). *Cancer stigma in the workplace: The impact of varying levels of disclosure*. (Doctor of Philosophy). Fordham University, US.
- Lamort-Bouché, M., Sarnin, P., Kok, G., Rouat, S., Péron, J., Letrilliart, L., & Fassier, J.-B. (2018). Interventions developed with the intervention mapping protocol in the field of cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1138-1149. doi:10.1002/pon.4611
- Lang, M. J., Giese-Davis, J., Patton, S. B., & Campbell, D. J. T. (2018). Does age matter? Comparing post-treatment psychosocial outcomes in young adult and older adult cancer survivors with their cancer-free peers. *Psycho-Oncology*, 27(5), 1404-1411. doi:10.1002/pon.4490
- Lau, B. H. P., Chow, A. Y. M., Wong, D. F. K., Chan J. S. M., Chan, C. H. Y., Ho, R. T. H., So, T.-H., Lam, . . . Chan, C. L. W. (2020). Comparing the efficacy of integrative body-mind-spirit intervention with cognitive behavioral therapy in patient-caregiver parallel groups for lung cancer patients using a randomized controlled trial. *Journal of Psychosocial Oncology*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. doi:10.1080/07347332.2020.1722981
- Lavigne, J. E., Griggs, J. J., Tu, X. M., & Lerner, D. J. (2008). Hot flashes, fatigue, treatment exposures and work productivity in breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 2(4), 296-302. doi:10.1007/s11764-008-0072-z
- Lawlor, E. R., & Donnelly, M. (2015). Use of an employment advisory service by cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33(3), 219-231. doi:10.1080/07347332.2015.1019658
- Lazor, T., Rinaldo, E., Cyr, A., & Degeer, I. (2019). The Melanoma Patient Exchange: Insights from a supportive group intervention for melanoma patients and their caregivers. *Social Work with Groups*, 42(1), 18-28. doi:10.1080/01609513.2017.1380560
- Lee, M. K., Kang, H. S., Lee, K. S., & Lee, E. S. (2017). Three-year prospective cohort study of factors associated with return to work after breast cancer diagnosis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(4), 547-558. doi:10.1007/s10926-016-9685-7



- Leensen, M. C. J., Groeneveld, I. F., Rejda, T., Groenenboom, P., van Berkel, S., Brandon, T., . . . Frings-Dresen, M. H. W. (2018). Feasibility of a multidisciplinary intervention to help cancer patients return to work. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), 1-16.
- Levine, E. G., Eckhardt, J., & Targ, E. (2005). Change in Post-traumatic Stress Symptoms Following Psychosocial Treatment for Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 14(8), 618-635. doi:10.1002/pon.882
- Lewis, P. E., Sheng, M., Rhodes, M. M., Jackson, K. E., & Schover, L. R. (2012). Psychosocial concerns of young African American breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(2), 168-184.
- Liaset, I. F., & Kvam, L. (2018). Experiences of returning to work after brain tumor treatment. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 60(4), 603-612. doi:10.3233/WOR-182768
- Lilliehorn, S., Hamberg, K., Kero, A., & Salander, P. (2013). Meaning of work and the returning process after breast cancer: A longitudinal study of 56 women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 267-274. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01026.x
- Lundh, M., Lampic, C., Nordin, K., Ahlgren, J., Bergkvist, L., Lambe, M., . . . Johansson, B. (2013). Changes in health-related quality of life by occupational status among women diagnosed with breast cancer—A population-based cohort study. *Psycho-oncology*, 22(10), 2321-2331.
- Lyon, M. E., Jacobs, S., Briggs, L., Cheng, Y. I., & Wang, J. (2014). A longitudinal, randomized, controlled trial of advance care planning for teens with cancer: Anxiety, depression, quality of life, advance directives, spirituality. *Journal of Adolescent Health*, 54(6), 710-717. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.10.206
- MacDonald, K. (2010). Working through cancer. *Occupational Health*, 62(7), 24.
- Maheu, C., Lebel, S., Tomei, C., Singh, M., & Esplen, M. J. (2015). Breast and ovarian cancer survivors' experience of participating in a cognitive-existential group intervention addressing fear of cancer recurrence. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(4), 433-440. doi:10.1016/j.ejon.2014.12.003

- Mak, A. K. Y., Chaidaroon, S., Fan, G., & Thalib, F. (2014). Unintended consequences: The social context of cancer survivors and work. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(2), 269-281. doi:10.1007/s11764-013-0330-6
- Malboeuf-Hurtubise, C., Achille, M., Muise, L., Beauregard-Lacroix, R., Vadnais, M., & Lacourse, É. (2016). A mindfulness-based meditation pilot study: Lessons learned on acceptability and feasibility in adolescents with cancer. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1168-1177. doi:10.1007/s10826-015-0299-z
- Manne, S., & Miller, D. (1998). Social support, social conflict, and adjustment among adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(2), 121-130. doi:10.1093/jpepsy/23.2.121
- Martin, A. C., & Keats, M. R. (2014). The Impact of yoga on quality of life and psychological distress in caregivers for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 257-264. doi:10.1188/14.ONF.257-264
- Maunsell, E., Brisson, C., Dubois, L., Lauzier, S., & Fraser, A. (1999). Work problems after breast cancer: An exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology*, 8(6), 467-473. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199911/12)8:6<467::AID-PON400>3.0.CO;2-P
- McAlpine, H., Joubert, L., Martin-Sanchez, F., Merolli, M., & Drummond, K. J. (2015). A systematic review of types and efficacy of online interventions for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 98(3), 283-295. doi:10.1016/j.pec.2014.11.002
- McCarthy, M. C., McNeil, R., Drew, S., Dunt, D., Kosola, S., Orme, L. M., & Sawyer, S. M. (2016). Psychological distress and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults with cancer and their parents. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 5(4), 322-329. doi:10.1089/jayao.2016.0015
- McDonnell, G. A., Pope, A. W., Schuler, T. A., & Ford, J. S. (2018). The relationship between cancer-related worry and posttraumatic growth in adolescent and young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2155-2164. doi:10.1002/pon.4785

- McGrath, C., Mihala, G., Beesley, V. L., Lynch, B. M., Graves, N., & Gordon, L. G. (2017). "Cancer put my life on hold": Work-related challenges among middle-aged adults 12 months after a diagnosis of colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 40(2), 160-167. doi:10.1097/NCC.0000000000000359
- McGrath, P. (2017). Returning to work after treatment for a hematological malignancy: Research findings on the important role of the employer for employment reentry. *Illness, Crisis, & Loss*, 25(3), 200-213. doi:10.1177/1054137315620092
- McKay, G., Knott, V., & Delfabbro, P. (2013). Return to work and cancer: The Australian experience. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(1), 93-105. doi:10.1007/s10926-012-9386-9
- McKie, C. A. (2017). *Factors Affecting Quality of Life in Adolescent and Young Adults (AYAs) with Cancer*. (Doctor of Philosophy). The Catholic University of America, Washington, USA.
- McQueen, A., Caburnay, C., Kreuter, M., & Sefko, J. (2019). Improving adherence to colorectal cancer screening: A randomized intervention to compare screener vs. survivor narratives. *Journal of Health Communication*, 24(2), 141-155. doi:10.1080/10810730.2019.1587109
- Medlow, S., & Patterson, P. (2015). Determining research priorities for adolescent and young adult cancer in Australia. *European Journal of Cancer Care*, 24(4), 590-599. doi:10.1111/ecc.12291
- Mehnert, A., de Boer, A., & Feuerstein, M. (2013). Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*, 119, 2151-2159. doi:10.1002/cncr.28067
- Mehnert, A., & Koch, U. (2013). Work satisfaction and quality of life in cancer survivors in the first year after oncological rehabilitation. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 46(4), 407-415.
- Moffatt, S., & Noble, E. (2015). Work or welfare after cancer? Explorations of identity and stigma. *Sociology of health & illness*, 37(8), 1191-1205. doi:10.1111/1467-9566.12303

- Moldovan, R., Cobeau, O., & David, D. (2013). Cognitive bibliotherapy for mild depressive symptomatology: Randomized clinical trial of efficacy and mechanisms of change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(6), 482-493. doi:10.1002/cpp.1814
- Molina, R., & Feliu, J. (2013). The return to work of cancer survivors: The experience in Spain. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 46(4), 417-422.
- Mols, F., Thong, M. S. Y., Vreugdenhil, G., & van de Poll-Franse, L. V. (2009). Long-term cancer survivors experience work changes after diagnosis: Results of a population-based study. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1251-1260. doi:10.1002/pon.1522
- Moody, L., Turner, A., Osmond, J., Hooker, L., Kosmala-Anderson, J., & Batehup, L. (2015). Web-based self-management for young cancer survivors: Consideration of user requirements and barriers to implementation. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(2), 188-200. doi:10.1007/s11764-014-0400-4
- Morrison, T. L., & Thomas, R. L. (2014). Survivors' experiences of return to work following cancer: A photovoice study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(3), 163-172. doi:10.1177/0008417414534398
- Morrison, T. L., & Thomas, R. L. (2015). Cancer survivors' concealment or disclosure of diagnosis: Implications for return to work. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 52(3), 643-655.
- Moscato, E. L., Miley, A. E., LeBlond, E. I., King, J. A., Raj, S. P., Narad, M. E., . . . Wade, S. L. (2019). Feasibility and acceptability of an online problem-solving therapy intervention for adolescent and young adult brain tumor survivors. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(1), 68-78. doi:10.1037/cpp0000265
- Moskowitz, M. C., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2012). Cancer survivors and work. In *Handbook of occupational health and wellness* (pp. 131-150). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Gogou, P., Panagiotou, I., Vassiliou, I., & Gouliamos, A. (2013). Relationship of general self-efficacy with anxiety,

symptom severity and quality of life in cancer patients before and after radiotherapy treatment. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1089-1095.  
doi:10.1002/pon.3106

Nagy, J., Braunitzer, G., Antal, M., Berkovits, C., Novák, P., & Nagy, K. (2014). Quality of life in head and neck cancer patients after tumor therapy and subsequent rehabilitation: An exploratory study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 23(1), 135-143. doi:10.1007/s11136-013-0446-1

Nathan, P. C., Hayes-Lattin, B., Sisler, J. J., & Hudson, M. M. (2011). Critical Issues in Transition and Survivorship for Adolescents and Young Adults With Cancers. *Cancer*, 117(10), 2335-2341. doi:10.1002/cncr.26042

Nelson, C. J., Saracino, R. M., Roth, A. J., Harvey, E., Martin, A. C., Moore, M., . . . Holland, J. (2019). Cancer and Aging: Reflections for Elders (CARE): A pilot randomized controlled trial of a psychotherapy intervention for older adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 28(1), 39-47. doi:10.1002/pon.4907

Nieuwenhuijsen, K., de Boer, A. G. E. M., Spelten, E., Sprangers, M. A. G., & Verbeek, J. H. A. M. (2009). The role of neuropsychological functioning in cancer survivors' return to work one year after diagnosis. *Psycho-Oncology*, 18(6), 589-597. doi:10.1002/pon.1439

Nilsson, M. I., Olsson, M., Wennman-Larsen, A., Petersson, L. M., & Alexanderson, K. (2013). Women's reflections and actions regarding working after breast cancer surgery—A focus group study. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1639-1644. doi:10.1002/pon.3192

Nilsson, M. I., Olsson, M., Wennman-Larsen, A., Petersson, L.-M., & Alexanderson, K. (2011). Return to work after breast cancer: Women's experiences of encounters with different stakeholders. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3), 267-274. doi:10.1016/j.ejon.2011.03.005

Nilsson, M. I., Petersson, L. M., Wennman-Larsen, A., Olsson, M., Vaez, M., & Alexanderson, K. (2013). Adjustment and social support at work early after breast cancer surgery and its associations with sickness absence. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2755-2762. doi:10.1002/pon.3341

- Nissen, E. R., O'Connor, M., Kaldo, V., Højris, I., Borre, M., Zachariae, R., & Mehlsen, M. (2020). Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and depression in cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29(1), 68-75. doi:10.1002/pon.5237
- Nolan, V. G., Krull, K. R., Gurney, J. G., Leisenring, W., Robison, L. L., & Ness, K. K. (2014). Predictors of future health-related quality of life in survivors of adolescent cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 61(10), 1891-1894.
- Oeffinger, K. C., & Tonorezos, E. S. (2011). The cancer is over, now what? Understanding risk, changing outcomes. *Cancer*, 117(S10), 2250-2257.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e édition*. Armand Colin.
- Palmer, L., Erickson, S., Shaffer, T., Koopman, C., Amylon, M., & Steiner, H. (2000). Themes arising in group therapy for adolescents with cancer and their parents. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 5(1), 43-54. doi:10.1023/A:1012959119398
- Pardini, J., Schriver, J., Scogin, F., Domino, M., Wilson, D., & LaRocca, M. (2014). Efficacy and Process of Cognitive Bibliotherapy for the Treatment of Depression in Jail and Prison Inmates. *Psychological Services*, 11(2), 141-152. doi:10.1037/a0033378.
- Park, C. L., Chmielewski, J., & Blank, T. O. (2010). Post-traumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology*, 19(11), 1139-1147. doi:10.1002/pon.1680
- Park, C. L., & Cho, D. (2017). Spiritual well-being and spiritual distress predict adjustment in adolescent and young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1293-1300. doi:10.1002/pon.4145
- Park, C. L., Zlateva, I., & Blank, T. O. (2009). Self-identity after cancer: "survivor", "victim", "patient", and "person with cancer. *Journal of General Internal Medicine*, 24(Suppl 2), S430-S435. doi:10.1007/s11606-009-0993-x

- Park, J., & Shubair, M. (2013). Returning to work after breast cancer: A critical review. *International Journal of Disability Management*, 8. doi:10.1017/idm.2012.7
- Parkinson, M., & Nitkin, P. (2014). *Cancer and Returning to Work: A Practical Guide for Cancer Patients* [2nd]. In B. C. Agency (Ed.), (2nd ed.).
- Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Hamama-Raz, Y., Ziv, Y., Schramm-Yavin, S., & Stemmer, S. M. (2015). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Constructive and illusory aspects. *Journal of Traumatic Stress*, 28(3), 214-222. doi:10.1002/jts.22014
- Patterson, P., McDonald, F., Tindle, R., Kelly-Dalgety, E., Zebrack, B., & Costa, D. (2018). The development and preliminary evaluation of the Cancer Peer Support Scale in adolescents living with cancer. *Psycho-Oncology*, 27, 2865-2868. doi:10.1002/pon.4869
- Peckham, J. L., Block, R., Buchanan, M., & Pommier, S. (2017). Unspoken ink: A structured, creative writing workshop for adolescents and young adult cancer patients as a psychosocial intervention. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(1), 50-52. doi:10.1089/jayao.2016.0001
- Pedersen, K. J., Boisen, K. A., Midtgaard, J., Elsbernd, A., & Larsen, H. B. (2018). Facing the maze: Young cancer survivors' return to education and work—A professional expert key informant study. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(4), 445-452. doi:10.1089/jayao.2017.0128
- Pélicier, N. (2014). Représentation du travail et problématiques psychiques en psychooncologie : Reprendre ce que l'on a laissé ou perdu ? *Psycho-Oncologie*, 8(3), 145-149. doi:10.1007/s11839-014-0473-3
- Petersen, K. S., Momsen, A. H., Stapelfeldt, C. M., Olsen, P. R., & Nielsen, C. V. (2018). Return-to-work intervention during cancer treatment—The providers' experiences. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), 1-11.
- Petersson, L. M., Vaez, M., Nilsson, M. I., Saboonchi, F., Alexanderson, K., Olsson, M., & Wennman-Larsen, A. (2018). Sickness absence following breast cancer surgery: A two-year follow-up cohort study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 715-724. doi:10.1111/scs.12502

- Petersson, L.-M., Nilsson, M. I., Alexanderson, K., Olsson, M., & Wennman-Larsen, A. (2013). How do women value work shortly after breast cancer surgery and are their valuations associated with being on sick leave? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(3), 391-399. doi:10.1007/s10926-012-9402-0
- Petit, A., Bonnaud-Antignac, A., & Roquelaure, Y. (2014). Cancer et parcours professionnel. [Cancer and career.]. *Psycho-Oncologie*, 8(3), 151-152. doi:10.1007/s11839-014-0474-2
- Phillips, F., & Jones, B. L. (2014). Understanding the lived experience of Latino adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(1), 39-48. doi:10.1007/s11764-013-0310-x
- Pisu, M., Meneses, K., Azuero, A., Benz, R., Su, X., & McNees, P. (2016). Variation in resources needed to implement psychosocial support interventions for rural breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2), 375-383. doi:10.1007/s11764-015-0483-6
- Pockett, R., Dzidowska, M., & Hobbs, K. (2015). Social work intervention research with adult cancer patients: A literature review and reflection on knowledge-building for practice. *Social Work in Health Care*, 54(7), 582-614. doi:10.1080/00981389.2015.1046577
- Porro, B., Bertin, M., Antignac, A. B., Petit, A., Cousson-Gélie, F., & Roquelaure, Y. (2019). Assessment of psychosocial dimensions of return to work after a cancer diagnosis: Current perspectives and future opportunities. *Psycho-Oncology*, 28(12), 2429-2431. doi:10.1002/pon.5235
- Porro, B., Michel, A., Zinzindohoué, C., Bertrand, P., Monrigal, E., Trentini, F., . . . Cousson-Gélie, F. (2019). Quality of life, fatigue and changes therein as predictors of return to work during breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), No Pagination Specified-No Pagination Specified. doi:10.1111/scs.12646
- Poulin, E., Nicaise, F., & Baqué, O. (2005). Des psychologues au sein d'un réseau de cancérologie. [When a psychic dimension is integrated into a cancer network.]. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(2), 86-89. doi:10.1007/s10332-005-0061-7



- Prasad, P. K., Hardy, K. K., Zhang, N., Edelstein, K., Srivastava, D., Zeltzer, L., . . . Krull, K. (2015). Psychosocial and Neurocognitive Outcomes in Adult Survivors of Adolescent and Early Young Adult Cancer: A Report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Clinical Oncology*, 33(23), 2545-2552. doi:10.1200/JCO.2014.57.7528.
- Priscilla, D., Hamidin, A., Azhar, M. Z., Noorjan, K. O. N., Salmiah, M. S., & Bahariah, K. (2011). Assessment of depression and anxiety in haematological cancer patients and their relationship with quality of life. *East Asian Archives of Psychiatry*, 21(3), 108-114.
- Pugh, G., Hough, R., Gravestock, H., Haddrell, J. B., Beeken, R. J., & Fisher, A. (2018). The lifestyle information and intervention preferences of teenage and young adult cancer survivors: A qualitative study. *Cancer Nursing*, 41(5), 389-398. doi:10.1097/NCC.0000000000000508
- Pullen, T., Sharp, P., Bottorff, J. L., Sabiston, C. M., Campbell, K. L., Ellard, S. L., . . . Caperchione, C. M. (2018). Acceptability and satisfaction of project MOVE: A pragmatic feasibility trial aimed at increasing physical activity in female breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1251-1256. doi:10.1002/pon.4662
- Quinn, G. P., Gonçalves, V., Sehovic, I., Bowman, M. L., & Reed, D. R. (2015). Quality of life in adolescent and young adult cancer patients: a systematic review of the literature. *Patient Related Outcome Measures*, 6, 19.
- Ramsay, J. M., Mann, K., Kaul, S., Zamora, E. R., Smits-Seemann, R. R., & Kirchhoff, A. C. (2018). Follow-up care provider preferences of adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(2), 204-209. doi:10.1089/jayao.2017.0083
- Roberts, N. (2015). *Feasibility, acceptability and efficacy of bibliotherapy for patients with cancer: A randomized controlled trial*. (Doctor of Philosophy). McGill University, Montreal, Quebec.
- Roelen, C. A., Koopmans, P. C., Groothoff, J. W., van der Klink, J. J., & Bültmann, U. (2011). Sickness absence and full return to work after cancer: 2-year

follow-up of register data for different cancer sites. *Psycho-Oncology*, 20(9), 1001-1006.

Roelen, C. A. M., Koopmans, P. C., Groothoff, J. W., van der Klink, J. J. L., & Bültmann, U. (2011). Return to work after cancer diagnosed in 2002, 2005 and 2008. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 335-341. doi:10.1007/s10926-011-9319-z

Roelen, C. A. M., Koopmans, P. C., Schellart, A. J. M., & van der Beek, A. J. (2011). Resuming work after cancer: A prospective study of occupational register data. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 431-440. doi:10.1007/s10926-010-9274-0

Root, M. M., Bray, M. A., Maykel, C., Cross, K., Shankar, N. L., & Theodore, L. A. (2016). Students with cancer: Presenting issues and effective solutions. *International Journal of School & Educational Psychology*, 4(1), 25-33. doi:10.1080/21683603.2016.1130549

Sanjida, S., McPhail, S. M., Shaw, J., Couper, J., Kissane, D., Price, M. A., & Janda, M. (2018). Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2063-2076. doi:10.1002/pon.4794

Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., Bryant, R. A., Patterson, P., Anazodo, A., Butow, P., . . . Cohn, R. J. (2019). Feasibility, acceptability, and safety of the Recapture Life videoconferencing intervention for adolescent and young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 28(2), 284-292. doi:10.1002/pon.4938

Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., McGill, B. C., & Patterson, P. (2015). Ethical and clinical challenges delivering group-based cognitive-behavioural therapy to adolescents and young adults with cancer using videoconferencing technology. *Australian Psychologist*, 50(4), 271-278. doi:10.1111/ap.12112

Savard, J., Villa, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2011). Feasibility of a self-help treatment for insomnia comorbid with cancer. *Psycho-Oncology*, 20(9), 1013-1019.

- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2001). Adapting to cancer: The importance of hope and purpose. In *Psychosocial interventions for cancer*. (pp. 15-36). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Schlotz, W., Yim, I. S., Zoccola, P. M., Jansen, L., & Schulz, P. (2011). The perceived stress reactivity scale: Measurement invariance, stability, and validity in three countries. *Psychological Assessment*, 23(1), 80-94. doi:10.1037/a0021148
- Schroevers, M. J., & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: Relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1239-1246. doi:10.1002/pon.1366
- Schumacher, L., Armaou, M., Rolf, P., Sadhra, S., Sutton, A. J., Zarkar, A., & Grunfeld, E. A. (2017). Usefulness and engagement with a guided workbook intervention (WorkPlan) to support work related goals among cancer survivors. *BMC Psychology*, 5(1), 34. doi:10.1186/s40359-017-0203-2
- Schwartz, L. A., Kazak, A. E., DeRosa, B. W., Hocking, M. C., Hobbie, W. L., & Ginsberg, J. P. (2012). The role of beliefs in the relationship between health problems and posttraumatic stress in adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(2), 138-146. doi:10.1007/s10880-011-9264-1
- Seitz, D. C. M., Knaevelsrud, C., Duran, G., Waadt, S., & Goldbeck, L. (2014). Internet-based psychotherapy in young adult survivors of pediatric cancer: Feasibility and participants' satisfaction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(9), 624-629.
- Shennan, C., Payne, S., & Fenlon, D. (2017). *What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Silver, J. K. (2013). A journey to make cancer rehabilitation the standard of care. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 46(4), 473-475.
- Silver, J. K., Baima, J., Newman, R., Galantino, M. L., & Shockney, L. D. (2013). Cancer rehabilitation may improve function in survivors and decrease the economic burden of cancer to individuals and society. *Work* 46(4), 455-472.

- Skaczkowski, G., White, V., Thompson, K., Bibby, H., Coory, M., Pinkerton, R., . . . Anazodo, A. (2018). Do Australian adolescents' and young adults' experiences of cancer care influence their quality of life? *Psycho-Oncology*, 27(3), 990-997. doi:10.1002/pon.4625
- Steiner, J. F., Nowels, C. T., & Main, D. S. (2010). Returning to work after cancer: Quantitative studies and prototypical narratives. *Psycho-Oncology*, 19(2), 115-124. doi:10.1002/pon.1591
- Stergiou-Kita, M., Grigorovich, A., Tseung, V., Milosevic, E., Hebert, D., Phan, S., & Jones, J. (2014). Qualitative meta-synthesis of survivors' work experiences and the development of strategies to facilitate return to work. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(4), 657-670. doi:10.1007/s11764-014-0377-z
- Stergiou-Kita, M., Pritlove, C., Holness, D. L., Kirsh, B., van Eerd, D., Duncan, A., & Jones, J. (2016). Am I ready to return to work? Assisting cancer survivors to determine work readiness. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 699-710. doi:10.1007/s11764-016-0516-9
- Stergiou-Kita, M., Pritlove, C., & Kirsh, B. (2016). The "Big C"—Stigma, cancer, and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(6), 1035-1050. doi:10.1007/s11764-016-0547-2
- Stergiou-Kita, M., Pritlove, C., van Eerd, D., Holness, L. D., Kirsh, B., Duncan, A., & Jones, J. (2016). The provision of workplace accommodations following cancer: Survivor, provider, and employer perspectives. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(3), 489-504. doi:10.1007/s11764-015-0492-5
- Tamminga, S. J., de Boer, A. G. E. M., Bos, M. M. E. M., Fons, G., Kitzen, J. J. E. M., Plaisier, P. W., . . . Frings-Dresen, M. H. W. (2012). A hospital-based work support intervention to enhance the return to work of cancer patients: A process evaluation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), 565-578. doi:10.1007/s10926-012-9372-2
- Tamminga, S. J., de Boer, A. G. E. M., Verbeek, J. H. A. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2012). Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process—A qualitative study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(2), 144-154. doi:10.5271/sjweh.3199

- Tamminga, S. J., Jong, M., Frings-Dresen, M. H. W., & Boer, A. G. E. M. (2018). The Quality of Working Life Questionnaire for Cancer Survivors: Sufficient responsiveness for use as a patient-reported outcome measurement. *European Journal of Cancer Care*, 27(6), 1-12.
- Tamminga, S. J., van Hezel, S., de Boer, A. G. E. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2016). Enhancing the Return to Work of Cancer Survivors: Development and Feasibility of the Nurse-Led eHealth Intervention Cancer@Work. *JMIR Research Protocols*, 5(2), 1-14. doi:10.2196/resprot.5565
- Tamminga, S. J., Verbeek, J. H. A. M., de Boer, A. G. E. M., van der Bij, R. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2013). A work-directed intervention to enhance the return to work of employees with cancer: A case study. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 46(4), 477-485.
- Tasnádi, M., & Dégi, C. L. (2016). Mental health protection of cancer patients through mindfulness and expressive writing. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 20(1), 65-85.
- Tate, K. J., Newbury-Birch, D., & McGeechan, G. J. (2018). A systematic review of qualitative evidence of cancer patients' attitudes to mindfulness. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), 1-10.
- Taylor, B. L., Strauss, C., Cavanagh, K., & Jones, F. (2014). The effectiveness of self-help mindfulness-based cognitive therapy in a student sample: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 63-69. doi:10.1016/j.brat.2014.09.007
- Taylor, J. A., Jones, V., & Farrell, C. D. (2019). The "What Now?" Workbook: Its potential utility following life-changing events. *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue Canadienne D'Ergothérapie*, 86(1), 40-47. doi:10.1177/0008417419826108
- Teo, I., Krishnan, A., & Lee, G. L. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1394-1407. doi:10.1002/pon.5103

- Tevaarwerk, A. J., Lee, J. W., Sesto, M. E., Buhr, K. A., Cleeland, C. S., Manola, J., . . . Fisch, M. J. (2013). Employment outcomes among survivors of common cancers: The Symptom Outcomes and Practice Patterns (SOAPP) study. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(2), 191-202. doi:10.1007/s11764-012-0258-2
- Thijs, K. M., de Boer, A. G. E. M., Vreugdenhil, G., van de Wouw, A. J., Houterman, S., & Schep, G. (2012). Rehabilitation using high-intensity physical training and long-term return-to-work in cancer survivors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 220-229. doi:10.1007/s10926-011-9341-1
- Thomas, R. L., & Hamilton, R. (2016). Composing hope through collage: A community-based intervention for cancer survivors living with lymphedema. *Health Psychology Open*, 3(2). doi:10.1177/2055102916657674
- Thompson, T., Pérez, M., Kreuter, M., Margenthaler, J., Colditz, G., & Jeffe, D. B. (2017). Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social Science & Medicine*, 192, 134-142. doi:10.1016/j.socscimed.2017.09.035
- Tiedtke, C., de Rijk, A., de Casterlé, B. D., Christiaens, M.-R., & Donceel, P. (2010). Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncology*, 19(7), 677-683. doi:10.1002/pon.1633
- Tiedtke, C., Donceel, P., de Rijk, A., & de Casterlé, B. D. (2014). Return to work following breast cancer treatment: The employers' side. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(3), 399-409. doi:10.1007/s10926-013-9465-6
- Tiedtke, C. M., de Casterlé, B. D., Donceel, P., & de Rijk, A. E. (2015). Workplace support after breast cancer treatment: Recognition of vulnerability. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 37(19), 1770-1776. doi:10.3109/09638288.2014.982830
- Tiedtke, C. M., de Casterlé, B. D., Frings-Dresen, M. H. W., de Boer, A. G. E. M., Greidanus, M. A., Tamminga, S. J., & de Rijk, A. E. (2017). Employers' experience of employees with cancer: Trajectories of complex communication. *Journal of Cancer Survivorship*, 11(5), 562-577. doi:10.1007/s11764-017-0626-z

- Torp, S., Syse, J., Paraponaris, A., & Gudbergsson, S. B. (2017). Return to work among self-employed cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 11(2), 189-200. doi:10.1007/s11764-016-0578-8
- Tremolada, M., Bonichini, S., Basso, G., & Pillon, M. (2016). Perceived social support and health-related quality of life in AYA cancer survivors and controls. *Psycho-Oncology*, 25(12), 1408-1417. doi:10.1002/pon.4072
- Tremolada, M., Bonichini, S., Basso, G., & Pillon, M. (2018). Adolescent and young adult cancer survivors narrate their stories: Predictive model of their personal growth and their follow-up acceptance. *European Journal of Oncology Nursing*, 36, 119-128. doi:10.1016/j.ejon.2018.09.001
- Trudel, J. G., Leduc, N., & Dumont, S. (2013). Communication entre soignant et soigné: Historique, définitions et mesures. [Communication between patients and healthcare providers: History, definitions and measurement.]. *Psycho-Oncologie*, 7(2), 130-136. doi:10.1007/s11839-013-0423-5
- Turner, J. K., Hutchinson, A., & Wilson, C. (2018). Correlates of post-traumatic growth following childhood and adolescent cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1100-1109. doi:10.1002/pon.4577
- van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., de Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., van Kleef, M., & Patijn, J. (2009). Quality of life and non-pain symptoms in patients with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(2), 216-233. doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.08.014
- van der Donk, L. J., Tovote, K. A., Links, T. P., Roodenburg, J. L. N., Kluin-Nelemans, J. C., Arts, H. J. G., . . . Schroevers, M. J. (2019). Reasons for low uptake of a psychological intervention offered to cancer survivors with elevated depressive symptoms. *Psycho-Oncology*, 28(4), 830-838. doi:10.1002/pon.5029
- van Lankveld, J. J. D. M., Fleer, J., Schroevers, M. J., Sanderman, R., den Oudsten, B. L., & Dekker, J. (2018). Recruitment problems in psychosocial oncology research. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2296-2298. doi:10.1002/pon.4792

- van Lonkhuizen, P. J. C., Klaver, K. M., Wefel, J. S., Sitskoorn, M. M., Schagen, S. B., & Gehring, K. (2019). Interventions for cognitive problems in adults with brain cancer: A narrative review. *European Journal of Cancer Care*, 28(3), 1-13.
- van Muijen, P., Weevers, N. L. E. C., Snels, I. A. K., Duijts, S. F. A., Bruinvels, D. J., Schellart, A. J. M., & van der Beek, A. J. (2013). Predictors of return to work and employment in cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 22(2), 144-160. doi:10.1111/ecc.12033
- Vargas, S., Antoni, M. H., Carver, C. S., Lechner, S. C., Wohlgemuth, W., Llabre, . . . DerHagopian, R. P. (2014). Sleep quality and fatigue after a stress management intervention for women with early-stage breast cancer in southern Florida. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 971-981. doi:10.1007/s12529-013-9374-2
- Verbeek, J. H. A. M., & Spelten, E. (2007). Work. In *Handbook of cancer survivorship* (pp. 381-396). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Vetsch, J., Wakefield, C. E., McGill, B. C., Cohn, R. J., Ellis, S. J., Stefanic, N., Sawyer, S. M., & Sansom-Daly, U. M. (2018). Educational and vocational goal disruption in adolescent and young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(2), 532-538. doi:10.1002/pon.4525
- Wakefield, C. E., McLoone, J., Butow, P., Lenthen, K., & Cohn, R. J. (2013). Support after the completion of cancer treatment: Perspectives of Australian adolescents and their families. *European Journal of Cancer Care*, 22(4), 530-539. doi:10.1111/ecc.12059
- Walker, E., Martins, A., Aldiss, S., Gibson, F., & Taylor, R. M. (2016). Psychosocial interventions for adolescents and young adults diagnosed with cancer during adolescence: A critical review. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 5(4), 310-321. doi:10.1089/jayao.2016.0025
- Wang, C.-W., Chow, A. Y. M., & Chan, C. L. W. (2017). The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: A systematic review and



meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliative Medicine*, 31(10), 883-894. doi:10.1177/0269216317705101

Warner, E. L., Kent, E. E., Trevino, K. M., Parsons, H. M., Zebrack, B., & Kirchhoff, A. C. (2016). Social well-being among adolescents and young adults with cancer: A systematic review. *Cancer*, 122(7), 1029-1037. doi:10.1002/cncr.29866

Warner, M. L. (2000). *Coping with cancer: A workbook*. (Doctor of Psychology). Alliant International University, US.

Wells, C., Malins, S., Clarke, S., Skorodzien, I., Biswas, S., Sweeney, T., . . . Levene, J. (2020). Using smart-messaging to enhance mindfulness-based cognitive therapy for cancer patients: A mixed methods proof of concept evaluation. *Psycho-Oncology*, 29(1), 212-219. doi:10.1002/pon.5256

Wettergren, L., Kent, E. E., Mitchell, S. A., Zebrack, B., Lynch, C. F., Rubenstein, . . . Smith, A. W. (2017). Cancer negatively impacts on sexual function in adolescents and young adults: The AYA HOPE study. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1632-1639. doi:10.1002/pon.4181

Wicks, L., & Mitchell, A. (2010). The adolescent cancer experience: Loss of control and benefit finding. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 778-785. doi:10.1111/j.1365-2354.2009.01139.x

Willems, R. A., Lechner, L., Verboon, P., Mesters, I., Kanera, I. M., & Bolman, C. A. W. (2017). Working mechanisms of a web-based self-management intervention for cancer survivors: A randomised controlled trial. *Psychology & Health*, 32(5), 605-625. doi:10.1080/08870446.2017.1293054

Williams, K. A. (2013). Adolescent and Young Adult Oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3).

Wolvers, M. D. J., Leensen, M. C. J., Groeneveld, I. F., Frings-Dresen, M. H. W., & De Boer, A. G. E. M. (2018). Predictors for earlier return to work of cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship*, 12(2), 169-177. doi:10.1007/s11764-017-0655-7

- Wong, A. W. K., Chang, T., Christopher, K., Lau, S. C. L., Beupin, L. K., Love, B., . . . Feuerstein, M. (2017). Patterns of unmet needs in adolescent and young adult (AYA) cancer survivors: In their own words. *Journal of Cancer Survivorship, 11*(6), 751-764. doi:10.1007/s11764-017-0613-4
- Wood, D. E. (2015). National Comprehensive Cancer Network (NCCN) clinical practice guidelines for lung cancer screening. *Thoracic Surgery Clinics, 25*(2), 185-197.
- Wu, H.-X., Zhong, H., Xu, Y.-D., Xu, C.-P., Zhang, Y., & Zhang, W. (2016). Psychological and behavioral intervention improves the quality of life and mental health of patients suffering from differentiated thyroid cancer treated with postoperative radioactive iodine-131. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 1055-1060.
- Yagil, D., Eshed-Lavi, N., Carel, R., & Cohen, M. (2018). Health care professionals' perspective on return to work in cancer survivors. *Psycho-Oncology, 27*(4), 1206-1212. doi:10.1002/pon.4649
- Yagil, D., Goldblatt, H., & Cohen, M. (2019). Dyadic resources in the return to work of cancer survivors: Exploring supervisor–employee perspectives. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal, 41*(18), 2151-2158. doi:10.1080/09638288.2018.1459885
- Yi, J., & Kim, M. A. (2014). Postcancer experiences of childhood cancer survivors: How is posttraumatic stress related to posttraumatic growth? *Journal of Traumatic Stress, 27*(4), 461-467. doi:10.1002/jts.21941
- Yi, J., Kim, M. A., & Akter, J. (2019). How do they grow out of their cancer experience? Korean adolescent and young adult cancer survivors' stories. *Ethnicity & Health, 1*-17. doi:10.1080/13557858.2019.1606164
- Yi, J., Zebrack, B., Kim, M. A., & Cousino, M. (2015). Posttraumatic growth outcomes and their correlates among young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(9), 981-991. doi:10.1093/jpepsy/jsv075
- Yuen, A. N. Y., Ho, S. M. Y., & Chan, C. K. Y. (2014). The mediating roles of cancer-related rumination in the relationship between dispositional hope and

psychological outcomes among childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 23(4), 412-419. doi:10.1002/pon.3433

Zaman, A. C. G. N. M., Bruinvels, D. J., de Boer, A. G. E. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2017). Supporting cancer patients with work-related problems through an oncological occupational physician: A feasibility study. *European Journal of Cancer Care*, 26(5), 1-11. doi:10.1111/ecc.12378

Zaman, A. C. G. N. M., Tytgat, K. M. A. J., van Hezel, S., Klinkenbijn, J. H. G., de Boer, A. G. E. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2018). Development of a tailored work-related support intervention for gastrointestinal cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), 1-13.

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Rahmani, A., Zirak, M., & Desiron, H. (2018). Cancer survivors' experiences of return to work: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 27(10), 2398-2404. doi:10.1002/pon.4840

Zambrano, S. C., Kollár, A., & Bernhard, J. (2020). Experiences of return to work after treatment for extremity soft tissue or bone sarcoma: Between distraction and leaving the disease behind. *Psycho-Oncology*, 1-20. doi:10.1002/pon.5349

Zebrack, B., Block, R., Hayes-Lattin, B., Embry, L., Aguilar, C., Meeske, K. A., . . . Cole, S. (2013). Psychosocial service use and unmet need among recently diagnosed adolescent and young adult cancer patients. *Cancer*, 119(1), 201-214. doi:10.1002/cncr.27713

Zebrack, B., Kent, E. E., Keegan, T. H. M., Kato, I., & Smith, A. W. (2014). "Cancer sucks," and other ponderings by adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(1), 1-15. doi:10.1080/07347332.2013.855959

Zebrack, B., Kwak, M., Salsman, J., Cousino, M., Meeske, K. A., Aguilar, C., . . . Cole, S. (2015). The relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adolescent and young adult (AYA) cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(2), 162-168. doi:10.1002/pon.3585

Zebrack, B., Santacroce, S. J., Patterson, P., & Gubin, A. (2016). Adolescents and young adults with cancer: A biopsychosocial approach. *Pediatric*

*Psychosocial Oncology: Textbook for Multidisciplinary Care*, 199-217.  
doi:10.1007/978-3-319-21374-3\_12

Zebrack, B., Yi, J., Petersen, L., & Ganz, P. A. (2008). The impact of cancer and quality of life for long-term survivors. *Psycho-Oncology*, 17(9), 891-900.  
doi:10.1002/pon.1300

Zomkowski, K., de Souza, B. C., da Silva, F. P., Moreira, G. M., de Souza Cunha, N., & Sperandio, F. F. (2018). Physical symptoms and working performance in female breast cancer survivors: A systematic review. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 40(13), 1485-1493. doi:10.1080/09638288.2017.1300950

Zucca, A. C., Boyes, A. W., Lecathelinais, C., & Girgis, A. (2010). Life is precious and I'm making the best of it: Coping strategies of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(12), 1268-1276. doi:10.1002/pon.1686