

LA RECHERCHE DE SENS À LA SUITE D'UN DIAGNOSTIC DE CANCER:

une intervention pour améliorer la qualité de vie existentielle et globale¹

PIERRE GAGNON, FRCPC

Centre de recherche du CHUQ,

Hôtel-Dieu de Québec,

Maison Michel-Sarrazin

Courriel: pierre.gagnon@crhdq.ulaval.ca

LISE FILLION, PH. D.,

Centre de recherche du CHUQ,

Hôtel-Dieu de Québec,

Maison Michel-Sarrazin

MICHÈLE GIRARD, TS, MSS,

Centre de recherche du CHUQ,

Hôtel-Dieu de Québec

Résumé: La personne atteinte d'un cancer peut se voir ébranlée dans sa conception du sens de la vie. Elle est alors aux prises avec un sentiment de perte de maîtrise sur sa vie. C'est tout le sens de son existence qui peut être remis en cause. Pourtant, bien qu'elle soit centrale dans l'expérience du cancer, la dimension existentielle est généralement absente des interventions sur la qualité de vie. Dans une étude pilote, une intervention, puisant dans les principes et les stratégies de la thérapie cognitivo-comportementale et existentielle, est proposée à des personnes atteintes de cancer non métastatique. L'objectif est alors d'améliorer la qualité de vie existentielle et globale. Le présent article décrit sommairement les fondements et le contenu d'une intervention cognitivo-existentielle.

Mots clés: Recherche de sens – Intervention cognitivo-existentielle – Cancer non métastatique – Qualité de vie – Détresse émotionnelle

LA QUESTION DU SENS DE LA VIE EST PROFONDÉMENT BOULEVERSÉE PAR LE CANCER

Les personnes atteintes de cancer doivent souvent composer avec un questionnement existentiel et une perte de maîtrise sur leur vie¹⁻⁴. Plusieurs questions surgissent: « Pourquoi moi? Que vais-je devenir? Vais-je m'en sortir? Est-ce que je vais guérir? Quelles sont mes chances? Combien de temps me reste-t-il?⁵⁻¹¹ » Dans un premier temps, les éventualités les plus pessimistes se bousculent dans la tête de la personne malade pour répondre à ces interrogations. Et, peut-être pour la première fois de sa vie, elle entrevoit la perspective de sa mort et de sa finitude en tant qu'être humain⁸⁻¹¹. L'irréversibilité du diagnostic et l'incertitude de l'issue peuvent générer une profonde détresse existentielle¹². Comme il est souvent difficile d'attribuer le cancer à une cause unique et identifiable, la recherche d'un sens devient ouverte, multidirectionnelle et active.

Par conséquent, plusieurs études soulignent l'importance d'aborder la dimension existentielle à l'intérieur des psychothérapies offertes aux personnes dont la vie est menacée par un diagnostic de maladie potentiellement mortelle^{10,11,13}. Malheureusement, cette dimension demeure la plupart du temps omise ou à tout le moins non mesurée¹⁴⁻²⁴. Il est proposé qu'une approche globale, incluant la question existentielle, permette aux personnes atteintes de cancer d'amorcer une réflexion et de trouver un sens à l'expérience de la maladie^{8,25-29}. Ainsi, découvrir un sens à cette souffrance inévitable contribuerait à améliorer la qualité de vie. Dans le présent projet, la dimension existentielle est conçue comme faisant partie intégrante de l'expérience humaine et tente de répondre au questionnement sur le sens de la vie. Elle inclut, sans s'y restreindre, les aspects spirituels et religieux qui en constituent en quelque sorte une explication. Il s'agit d'un concept plus large que la spiritualité, cette dernière impliquant habituellement une notion de transcendance et étant parfois explicitement rejetée par certaines personnes.

Nous avons donc élaboré une intervention de douze rencontres pour améliorer la qualité de vie existentielle et globale. L'analyse des résultats demeure en cours, ce qui fera l'objet d'un article subséquent. L'objectif du présent article est de décrire l'intervention et ses fondements.

LA DIMENSION EXISTENTIELLE REPRÉSENTE UNE PARTIE INTÉGRANTE DE LA QUALITÉ DE VIE

La dimension existentielle est intimement liée à la qualité de vie. En effet, on évalue la qualité de vie à partir d'un bien-être global, soit physique, psychologique, social et existentiel³⁰. Lorsqu'une personne se retrouve face à un diagnostic de cancer, la dimension existentielle peut revêtir une importance capitale. Une fois l'état de choc passé, la personne malade s'interroge : « Pourquoi moi ? Comment vivre à présent ? De quelle façon continuer

la vie ? » En raison des conséquences de la maladie et de la menace de la mort, la personne est appelée à réviser sa façon de concevoir le sens global de sa vie, à reconsidérer son interprétation de la situation actuelle, ses objectifs de vie et ses priorités^{11,14,15,18-20,31-34}. Les sphères de sa vie peuvent être passées en revue à travers ce questionnement existentiel. En clair, la personne détermine non seulement ce qui est dorénavant important pour elle, mais ce qui est essentiel. Et c'est en définissant ce qui la fait vivre, ce qui la fait vibrer^{11,35-37}, qu'elle peut ainsi préciser un sens à sa vie.

LA RECHERCHE DE SENS CORRESPOND À UN BESOIN ESSENTIEL

Pour plus de 40 % des personnes atteintes de cancer, la recherche de sens serait un besoin significatif^{9,15}. Cependant, les interventions dites existentielles sont plus souvent offertes aux personnes atteintes de cancer avancé, dont le pronostic est réservé. Ainsi, les besoins existentiels des personnes souffrant de cancer non métastatique demeurent inexplorés ou ignorés⁹. Il est déplorable qu'il en soit ainsi puisque les personnes atteintes de cancer non métastatique risquent d'être en meilleure forme pour entreprendre un tel travail, souvent exigeant et intensif, portant sur la quête de sens. De plus, les probabilités d'en retirer des bénéfices sur une plus longue période de vie, en effectuant des changements fondamentaux, sont plus élevées pour elles³⁸⁻⁴³.

LES CANADIENS FRANÇAIS POURRAIENT ÊTRE PARTICULIÈREMENT VULNÉRABLES À LA CRISE DE SENS

Les interventions existentielles doivent être adaptées au contexte culturel dans lequel elles sont offertes et aux valeurs qui y sont liées. Au Québec, alors que les Canadiens français trouvaient autrefois les réponses à leurs questions existentielles de façon quasi unanime dans la religion catholique, ils font

dorénavant face à un certain vide existentiel. Ceci a été exprimé par le sociologue Jacques Grand'Maison :

Bien sûr, les pratiques ont radicalement chuté et tout autant les appartenances institutionnelles aux Églises... Notre propre recherche depuis dix ans nous a révélé tellement de confusions, de contradictions et d'éclatement de consciences, qui incitent à mieux prendre la mesure d'une déculturation de toutes ces assises. Déculturation qui n'est pas sans rapport avec l'effondrement des grands systèmes référentiels de sens, de normativité, d'intelligence culturelle et religieuse, éprouvées au cours de l'histoire dite traditionnelle et de celle de la modernité. On a peu évalué les impacts déstructurants de la dislocation des cadres de la mémoire et de la décrédibilisation de l'idée même de patrimoine historique, de tradition éprouvée, de transmission. Comment critiquer ces héritages sans les connaître vraiment⁴⁴?

D'ailleurs, la nécessité de soutenir les personnes aux prises avec un questionnement existentiel et d'intégrer cette démarche selon une approche globale de soins, centrée sur les besoins, a également été reconnue par les instances de lutte contre le cancer canadienne⁴⁵, québécoise⁴⁶ et régionale⁴⁷.

UNE APPROCHE COGNITIVE ET EXISTENTIELLE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE

Le cancer constitue un stresser considérable qui implique des pertes et remet en question le système de croyances de la personne atteinte. Pour y faire face, l'intervention proposée puise dans : 1) les stratégies cognitives et comportementales; 2) les interventions visant directement les réflexions existentielles; et 3) le soutien social par des thérapeutes et un groupe de personnes atteintes (fig. 1). Ces approches se renforcent mutuellement pour favoriser la cohérence du sens chez l'individu. L'adaptation peut impliquer une restructuration cognitive de l'interprétation de la situation particulière ou un réajustement plus substantiel sur le plan cognitif du système personnel de valeurs et de croyances⁷. Les stratégies d'exploration des valeurs et de recherche de sens incluent des dimensions cognitives (croyances, attentes), motivationnelles (choix, priorités, atteinte d'objectifs) et affectives (sentiment de cohérence et de bien-être)³². La composante soutien-expression

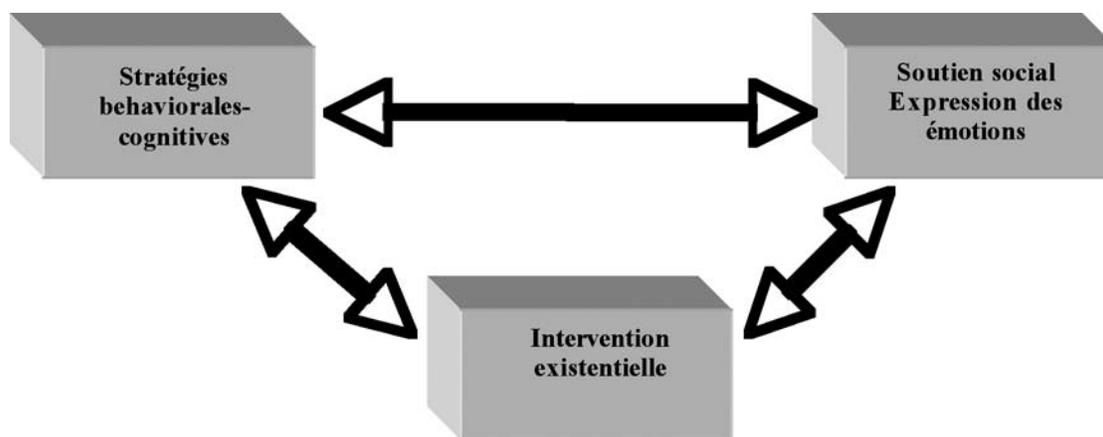


Figure 1 – Intervention cognitivo-existentielle pour améliorer la qualité de vie existentielle et globale

du thérapeute ou des pairs favorise l'écoute active, le soutien sans jugement, l'expression et la compréhension des émotions⁴⁸.

Il demeure difficile de désenchevêtrer chez une personne ce qui provient des domaines cognitif, émotionnel, existentiel ou social, d'où l'intérêt de l'approche globale décrite ici. Bien que le vecteur principal tout au long de l'intervention se veut existentiel, il semble utile dans un premier temps de fournir au patient des outils et des fondations pour permettre de dépasser les blocages cognitifs ou émotionnels courants qui empêchent justement le travail dans le domaine existentiel.

Ainsi, le modèle de psychothérapie existentielle, inspiré de la théorie de Viktor Frankl⁸, des travaux de Breitbart²⁷, et développé par notre équipe, propose d'accompagner les personnes atteintes de cancer dans leur réflexion et dans leur recherche de sens. Cette intervention particulière vise à outiller la personne de manière à ce qu'elle reconnaisse le pouvoir qu'elle détient sur elle-même, indépendamment des conditions intérieures ou extérieures de son environnement. C'est ce que Frankl nomme la *responsabilité de soi*⁸. Avec cette prise de conscience, la personne est en mesure de faire des choix en fonction

de ses valeurs et, ainsi, de se donner une qualité de vie à la hauteur de ses aspirations. L'objectif n'est pas, pour chaque participant, de trouver un sens définitif après l'intervention, mais plutôt de se mettre en route et de s'outiller dans sa quête de sens au quotidien, et particulièrement dans les moments plus difficiles de maladie, de souffrance, de perte, de deuil et de bouleversement.

Un programme de douze rencontres

Un programme de douze séances hebdomadaires est proposé à des personnes atteintes de cancer non métastatique, dans un format de groupe ou individuel. Les séances de groupe sont d'une durée de deux heures chacune, alors que les entrevues individuelles sont d'une heure. Le groupe, en comparaison avec l'approche individuelle, a l'avantage de procurer le soutien des pairs. Le format individuel demeure plus flexible quant à l'horaire et plus accessible pour les personnes vivant dans les régions éloignées des grands centres. De plus, plusieurs Canadiens français préfèrent le format individuel⁴⁹. Chaque semaine, différents thèmes sont abordés à l'intérieur de cinq grandes dimensions. La figure 2, adaptée d'un schéma

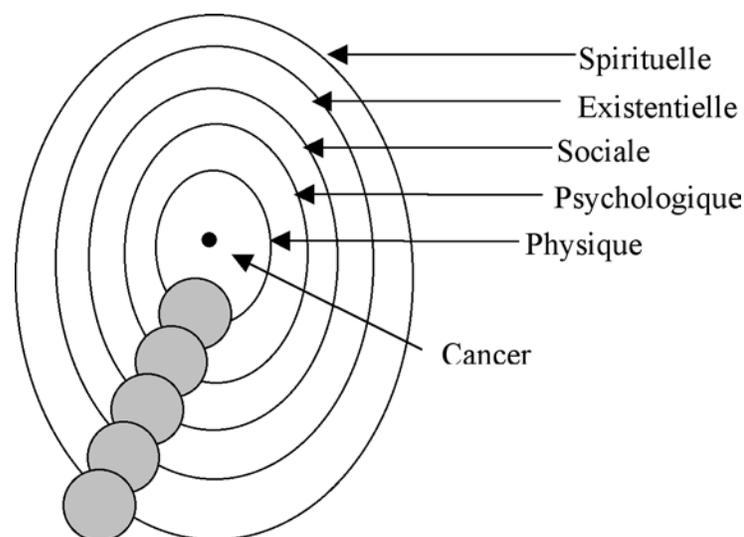


Figure 2 – Le cancer et ses répercussions sur toutes les sphères de l'individu

Tableau 1. Thèmes et dimensions de l'intervention

Séance	Thème	Dimension principale
1	L'approche globale de la qualité de vie	Physique
2	L'observation des pensées et des émotions	Psychologique
3	L'acceptation de soi	Psychologique
4	L'acceptation des autres	Sociale
5	Les pertes et le travail de deuil	Sociale
6	Les sources de sens	Existentielle
7	Les histoires de vie et les accomplissements	Existentielle
8	La recherche de sens par une attitude positive face à une souffrance inévitable	Existentielle
9	Le sens à travers l'amour, la beauté et l'humour	Existentielle
10	La finitude	Existentielle
11	La quête de sens et la spiritualité	Existentielle
12	Le bilan	Globale

proposé par Cunningham⁴², illustre comment le cancer a des répercussions non seulement sur le plan cellulaire et physique mais également sur les plans psychologique, social, existentiel et spirituel de la personne.

L'intervention a été administrée à une reprise lors d'une étude pilote. Elle a été complétée sous un format de groupe avec huit personnes et sous un format individuel avec dix autres participants. Le programme a été suivi selon les modalités d'administration prévues, sans effet indésirable et avec un degré élevé de satisfaction. Nous présenterons donc un résumé du contenu de chacune des douze séances (tableau 1).

STRUCTURE GÉNÉRALE DES SÉANCES

Autant en groupe qu'individuellement, nous tentons de reproduire un modèle incitant au travail personnel et socratique où l'expérience et l'échange précèdent la didactique. Ainsi, les participants sont amenés premièrement à se questionner et à chercher eux-mêmes les pistes de réponse à leurs réflexions.

En général, la séance se déroule comme suit :

- Mot de bienvenue et d'introduction
- Exercice de relaxation ou de concentration
- Retour sur les exercices à la maison et sur la séance précédente
- Échange ou exercice sur le thème, souvent à partir d'un extrait du livre *Oscar et la dame rose*⁵⁰, puis d'une expérience personnelle.
- Didactique sur le thème
- Exercices ou expériences supplémentaires selon le cas
- Échange, synthèse de la séance
- Explication des exercices suggérés pour la maison

De façon parallèle, les participants sont encouragés à faire de la relaxation à la maison, à tenir un journal de bord, à lire le livre *Oscar et la dame rose*, à faire un bilan de vie basé sur la « thérapie de la dignité⁵¹ », à lire des aide-mémoire distribués au cours des séances ainsi que d'autres suggestions de documents. Le livre *Oscar et la dame rose* a été sélectionné pour sa capacité à susciter la réflexion

existentielle, pour ses qualités littéraires, sa brièveté et son accessibilité à un large public. Le travail à la maison est facultatif avec la compréhension que les bénéfices risquent d'être proportionnels aux efforts rendus.

ATELIER 1 : L'APPROCHE GLOBALE DE LA QUALITÉ DE VIE

Une introduction des thérapeutes, soit un psychologue et une travailleuse sociale, des participants, de la théorie, de la méthode, du programme et de la participation suggérée est présentée. On explique les répercussions multidimensionnelles du cancer sur toutes les sphères de la personne (fig. 2). On insiste sur les règles reconnues d'hygiène de vie pour la santé physique et mentale, particulièrement en ce qui a trait au cancer. On démystifie d'emblée les fausses croyances sur la psychogenèse et sur la guérison psychothérapique du cancer. La première dimension abordée à l'intérieur de notre programme étant l'aspect physique, nous expérimentons une méthode de relaxation⁵² que la personne pourra facilement pratiquer chez elle par la suite. Une technique de relaxation constitue un des moyens privilégiés pour arriver à une meilleure gestion du stress.

ATELIER 2 : L'OBSERVATION DES PENSÉES ET DES ÉMOTIONS

Les participants sont invités à faire une démarche d'introspection qui est une application de la théorie du lien entre les situations, les cognitions, les émotions et les comportements, découlant du modèle de la thérapie cognitive⁵³. La thérapie cognitive se fonde sur l'apprentissage et la rééducation. C'est une approche opérationnelle et surtout accessible, qui peut être utilisée par tout un chacun, en quelque sorte sous forme d'autothérapie. En appliquant cette méthode, la personne se rend compte que ce ne sont pas les événements en eux-mêmes qui suscitent des émotions désagréables, mais bien la représentation

qu'elle s'en fait et l'interprétation qu'elle nourrit par un monologue intérieur qui ne fait qu'alimenter ces émotions. Bien sûr, il ne s'agit pas de nier ou de réprimer l'idée ou la pensée négative, mais bien de la reconnaître, de l'affronter et, enfin, de trouver une solution de rechange plus réaliste, en restructurant la pensée initiale. Cette prise de conscience permet à la personne de développer un ascendant sur ses états émotionnels et de s'offrir du même coup une liberté intérieure et une plus grande autonomie.

ATELIER 3 : L'ACCEPTATION DE SOI

L'accueil, l'autocritique réaliste et bienveillante, l'acceptation et le respect de soi dans les circonstances de la maladie constituent les fondements permettant les progrès personnels et les relations gratifiantes. Les exercices proposés dans cet atelier invitent la personne à explorer son discours intérieur, à contacter ses ressources personnelles, à reconnaître sa valeur, bref, à aller à la rencontre du « meilleur de soi⁵⁴ ». Renforçant dans un premier temps, avec la restructuration cognitive, les pensées associées à la diminution du sentiment de culpabilité, la quête de sens est également présentée comme une voie additionnelle à explorer. La connaissance et le respect de soi sont aussi proposés comme des mécanismes permettant de maintenir l'estime de soi, de favoriser un accueil de soi, d'accepter ses limites, voire de se pardonner. Avec une meilleure estime de soi, la personne sera en mesure de poser ses limites, d'établir ses priorités et d'aller vers l'autre, favorisant ainsi une amélioration de sa qualité de vie.

ATELIER 4 : L'ACCEPTATION DES AUTRES

Après avoir travaillé sur l'acceptation de soi, la personne est invitée à réfléchir sur son rapport avec l'autre. Encore une fois, elle prend conscience que c'est souvent davantage une interprétation erronée ou une mauvaise intention que l'on prête aux gestes de l'autre qui influence la perception que l'on a de

cette autre personne et qui suscite des émotions douloureuses. L'entretien des ressentiments et des rancœurs empêche la véritable libération de l'esprit et finit par asphyxier la qualité de vie. Essentiellement, cet atelier vise à explorer la relation entre le jugement envers les autres et la colère, entre l'acceptation des limites de l'autre, le processus du pardon et la qualité de vie.

ATELIER 5: LES PERTES ET LE TRAVAIL DE DEUIL

Le cancer soulève de multiples peurs pour la personne qui en est atteinte et implique aussi de nombreuses pertes. Certaines pertes, relatives par exemple aux traitements, peuvent être temporaires, alors que d'autres sont définitives et portent atteinte à l'intégrité physique et psychologique de la personne. Le travail de deuil est alors expliqué afin de mieux comprendre et normaliser les émotions ressenties par la personne aux prises avec toutes ces pertes afin qu'elle puisse s'accueillir là où elle se trouve. La personne comprend qu'elle doit se donner du temps avant de pouvoir se redéfinir, se reconstruire et, enfin, être en mesure de trouver un sens et de réinventer sa manière de vivre.

ATELIER 6: LES SOURCES DE SENS

La recherche ou la quête de sens invite à une exploration à l'intérieur de soi pour tenter de découvrir non seulement ce qui est important dans sa vie, mais ce qui est essentiel à un moment donné. Le sens, porté par les valeurs, est ce qui donne une raison de vivre, un but dans la vie. Le bien-être d'une personne repose d'abord sur le besoin primordial de donner un sens à sa vie. Ainsi, à partir du moment où la personne trouve un sens, malgré les épreuves ou les vicissitudes de la vie, elle est en mesure de poser un regard nouveau sur ces expériences douloureuses. Elle a une meilleure connaissance d'elle-même, une plus grande conscience de ses valeurs et de ses croyances.

Dorénavant, ses choix et ses prises de décisions se feront en accord avec ses valeurs fondamentales. Lorsque les valeurs, les choix situationnels et les actions se retrouvent sur un même axe vertical, la personne se sent en harmonie avec elle-même, bien alignée avec ses valeurs vitales (fig.3).

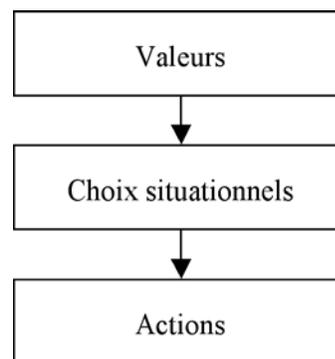


Figure 3. La cohérence entre les valeurs, les choix situationnels et les actions.

Il ne s'agit pas ici de trouver un sens permanent, immuable, définitif, bien que cela soit aussi possible, mais bien de chercher un sens au cœur du quotidien, à chaque moment précis, différent selon chaque individu et selon chaque situation. Le sens est un concept subjectif et dynamique, qui varie d'une personne à l'autre et qui évolue pour une même personne tout au long de sa vie.

En contraste, lorsqu'un écart est observé entre les valeurs, ou le sens global de la vie pour une personne à un moment donné, et les choix situationnels restreints (le sens d'une situation particulière), la personne éprouve une détresse existentielle⁷. Elle doit alors revoir le sens global ou restructurer l'interprétation de la situation particulière. S'il y a incohérence entre les valeurs et les choix situationnels, un vide de sens peut même être ressenti.

Une personne souffrant d'un vide existentiel peut emprunter diverses voies pour trouver un sens à sa vie. Pour sa part, Frankl suggère quatre voies porteuses de sens. Ce sont les attitudes face à la souffrance inévitable, l'accomplissement à travers une

œuvre ou un travail, l'expérience de liens affectifs ou avec la nature et la spiritualité⁸. Ces quatre avenues sont explorées au cours de l'intervention.

ATELIER 7: LES HISTOIRES DE VIE ET LES ACCOMPLISSEMENTS

Une autre voie génératrice du sens est l'accomplissement dans le travail ou l'investissement de soi pour une cause. Après avoir cerné un ou des épisodes de vie où ils se sont sentis particulièrement vivants et fiers de ce qu'ils ont accompli, les participants sont invités à indiquer ces événements marquants sur le « Fil de vie ». L'inscription sur le « Fil de vie » des expériences riches de sens permet aux participants de réaliser la perspective temporelle et historique de leur propre vie, passée, présente et future. Les participants font un bilan de leur trajectoire personnelle. Ils font la rétrospective de ce qu'ils ont déjà accompli ou créé dans leur vie jusqu'à maintenant. Ils font des représentations du présent, là où ils sont rendus aujourd'hui, ici et maintenant. Finalement, à partir du sens qu'ils donnent à leur vie, ils peuvent anticiper le futur et se projeter dans l'avenir, en mettant l'accent sur ce qu'ils désirent poursuivre et aussi transmettre aux personnes qu'ils aiment (fig. 4).

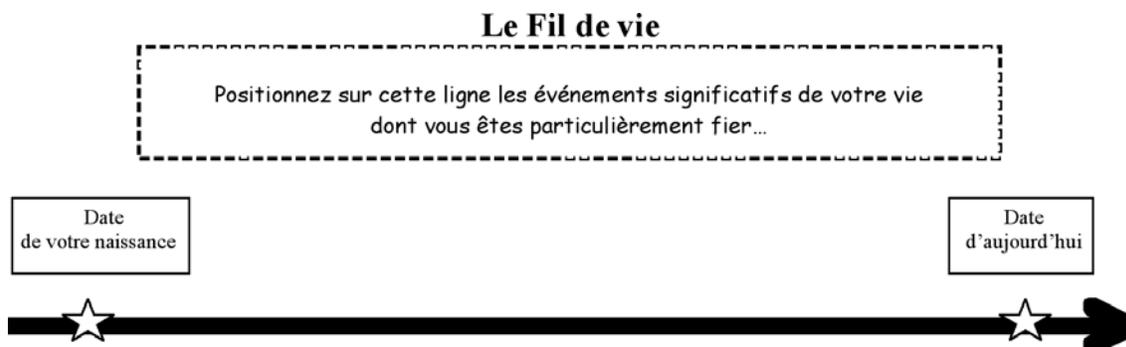


Figure 4. Le fil de vie et les accomplissements

Inspiré de *Développer le meilleur de soi-même*, d'Olivier Nunge et Simone Mortera⁵⁵.

ATELIER 8: LA RECHERCHE DE SENS PAR UNE ATTITUDE POSITIVE FACE À UNE SOUFFRANCE INÉVITABLE

Tout comme la mort et la finitude, nous reconnaissons dès le départ que la vie inclut des souffrances inévitables, telles la maladie et la perte d'un enfant ou autre, et que cette souffrance en soi n'a pas de sens. Frankl précise qu'il n'est pas nécessaire de souffrir pour trouver un sens à sa vie. Lorsqu'il est possible d'éliminer une source de souffrance, cela demeure d'ailleurs la première approche à privilégier. Cependant, lors d'une souffrance inévitable, il est possible qu'à travers elle, en développant une attitude positive face à sa résolution éventuelle, on découvre à l'intérieur de soi des ressources insoupçonnées pour affronter nos limites⁸. Dans ce contexte, la maladie n'est pas perçue seulement comme une épreuve rendant la personne fragile, mais bien comme une occasion de continuer son développement, de se réaliser, de se dépasser, voire de transcender la souffrance. La souffrance peut être vécue avec courage et dignité, conservant ainsi un sens à la vie.

Nous explorons donc avec les participants ce que l'expérience de la souffrance leur a appris, ce qu'elle leur a fait découvrir sur eux-mêmes. Encore une fois, nous rappelons l'importance d'aligner les choix et

de poser les actions en fonction de l'évolution des valeurs, de façon à s'inscrire réellement dans le fil de la vie, avec toute la dignité et la singularité dont l'être humain est pourvu dès l'aube de sa conception.

ATELIER 9: LE SENS À TRAVERS L'AMOUR, LA BEAUTÉ ET L'HUMOUR

Les expériences intenses sur les plans affectif et contemplatif avec une personne ou en lien avec la beauté de la nature et de l'art sont, selon Frankl, des avenues possibles pour nous révéler le sens de la vie. La personne est invitée à puiser, parmi ses souvenirs, des moments magnifiques qu'elle a vécus et qui l'ont fait vibrer, qui l'ont fait se sentir vivante. Par ailleurs, elle prend conscience que, tant et aussi longtemps qu'elle se laissera toucher par sa relation avec l'autre ou se laissera émouvoir par la grandeur de la nature ou l'intensité de l'art, elle continuera à se sentir vivante, malgré la maladie. En restant sensible à ce qui se passe autour d'elle, elle demeure connectée à la vie, à l'essentiel. Et ce type d'expérience donne un sens à la vie.

Faire place à l'humour dans le quotidien peut, pour certains, nécessiter un certain apprentissage. Retrouver le sens de l'humour demeure une entreprise possible. L'humour est un outil, une stratégie efficace, qui permet de prendre du recul face aux épreuves et aux situations particulièrement difficiles sur le plan émotif. Plutôt que de s'apitoyer sur son sort, l'humour offre un mécanisme favorisant une meilleure adaptation face à la maladie et encourage d'une certaine façon à tirer le meilleur parti de la situation.

ATELIER 10: LA FINITUDE

Un diagnostic de cancer entraîne plusieurs sources de souffrances inévitables et provoque souvent un choc sismique élevé pour la personne atteinte. Avec la perte d'invulnérabilité vient la leçon

d'impermanence, celle qui nous enseigne la fin, la mort de tout ce qui est vivant. Évidemment, le but de cette session portant sur la souffrance inévitable, et plus particulièrement sur la finitude, n'est pas d'enlever à la personne malade toute espérance de vie, mais bien de «détoxifier» la mort⁵⁶. Malgré le développement des soins palliatifs, la préoccupation constante de soulager la douleur globale, les approches favorisant l'accompagnement de la personne malade en fin de vie et de ses proches, la mort demeure dans notre société occidentale un sujet tabou. La détoxification de la mort consiste donc à parler de la mort, de notre propre mort et surtout de se rappeler qu'il y a une vie avant la mort. Cette reconnaissance de la mort permet de redonner la place à la vie. Un postulat veut qu'une personne, à partir du moment où elle sait que la vie a une fin, décide de faire des choix et de vivre en fonction de ses choix^{10,11}. Savoir que nous allons mourir permet d'être infiniment plus vivant, de vivre l'essentiel. Il ne s'agit pas de vivre chaque instant de vie comme si c'était le dernier, mais plutôt, comme le propose Frankl, de vivre comme si c'était la seconde fois, enrichi d'une expérience de vie qui donne encore plus de sens aux gestes posés⁸.

ATELIER 11: LA QUÊTE DE SENS ET LA SPIRITUALITÉ

Pour Scott Peck, la spiritualité et la religion recourent la même réalité, soit «une tentative d'être en harmonie avec un ordre invisible des choses». Il ajoute cependant qu'en tant que chrétien il croit en l'existence d'une «puissance supérieure» derrière l'ordre caché des choses⁵⁷. La spiritualité est de voir la vie autrement. Par exemple, l'important n'est pas de voir la fenêtre, mais de regarder à travers elle la lumière du soleil, les changements dans les arbres, la force du vent qui souffle, le temps qui passe. Évidemment, la quête de sens à travers la spiritualité est propre à chacun. Nul ne peut ni ne doit prescrire le sens à une autre personne. C'est à la personne elle-même de choisir comment elle vit sa spiritualité, son expression

étant unique à chacune. Enfin, la spiritualité peut contribuer à donner un sens à l'expérience de la maladie, en dépassant l'aspect matériel et temporel des choses pour s'attarder à ce qui est maintenant, dans son rapport à soi, à l'autre et, selon les croyances, à l'Autre.

ATELIER 12: BILAN

Cette dernière rencontre est un bilan où les participants sont invités à s'exprimer sur leur expérience respective, vécue au cours des onze dernières semaines du programme d'intervention cognitivo-existentielle. Nous sommes intéressés à recueillir le fruit des réflexions des participants, à connaître ce qu'ils ont retenu, ce avec quoi ils repartent.

CONCLUSION: UNE INTERVENTION ADAPTÉE INVITANT À LA QUÊTE ACTIVE DE SENS

Le cancer affecte la personne atteinte dans sa globalité, incluant la recherche de sens. Une intervention cognitivo-existentielle, qui tient compte des aspects multidimensionnels ébranlés par la maladie, tout en demeurant particulièrement axée sur la dimension existentielle, s'avère un outil utile pour faciliter le processus d'adaptation et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

Il s'agit d'un sujet complexe et particulièrement coloré par les aspects socioculturels. Il est donc important que l'intervention soit développée par une équipe en lien étroit avec le terrain. Les interventions antérieures ne peuvent pas être directement transposées. De plus, les interventions antérieures ne sont pas spécifiquement conçues pour améliorer la qualité de vie existentielle et proposent une durée trop longue ou uniquement un format de groupe.

Les éléments thérapeutiques proposés demeurent empreints de pragmatisme en tentant

de s'adapter aux patients tout en offrant un cadre de référence général qui aide à l'orientation et au développement de sa propre recherche de sens. Aussi, cette intervention reconnaît l'enchevêtrement des dimensions physiques, cognitives, émotionnelles et existentielles en les abordant spécifiquement de façon à permettre une progression du travail existentiel.

Bien que l'utilisation d'une intervention cognitivo-existentielle semble particulièrement bien répondre aux besoins globaux de la personne atteinte de cancer, des recherches plus poussées concernant les approches globales, incluant évidemment la dimension existentielle, devront être faites afin de mieux évaluer l'effet de ce type d'intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

La recherche scientifique et structurée sur les aspects existentiels en est à ses débuts et plusieurs aspects restent à améliorer et à documenter, dont la mesure de la qualité de vie existentielle et la compréhension des mécanismes impliqués dans l'effet thérapeutique.

RÉFÉRENCES

1. M. Parle et P. Maguire, « Exploring relationships between Cancer, Coping and Mental Health », *Journal of Psychosocial Oncology*, 13:27-50, 1995.
2. M. R. Somerfield, « The Utility of Systems Models of Stress and Coping for Applied Research », *Journal of Health Psychology*, 2:133-151, 1997.
3. S. L. Manne, M. Sabbioni, D. H. Bovbjerg et autres, « Coping with chemotherapy for breast cancer », *Journal of Behavioral Medicine*, 17:41-55, 1994.
4. N. K. Aaronson, S. Ahmedzai, B. Bergman et autres, « The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology », *J Natl Cancer Inst*, 85:365-76, 1993.
5. R. Sauer et M. Seitz, « Psychological and social support of cancer patients: Report on a program

- of the radiotherapy department, Erlangen», dans H. Senn AGLSE (ed) : *Recent results in cancer research: Supportive care in cancer patients*, New York, Springer-Verlag, 1988, p. 311-315.
6. B. Cole et K. Pargament, «Re-creating your life: a spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer», *Psychooncology*, 8:395-407, 1999.
 7. C.L. Park et S. Folkman, «Meaning in the context of stress and coping», *Review of General Psychology*, 1:115-144, 1997.
 8. V.E. Frankl, *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, Montréal, Éditions de l'Homme, 1988.
 9. A. Moadel, C. Morgan, A. Fatone et autres, «Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population», *Psychooncology*, 8:378-85, 1999.
 10. D. Spiegel et C. Classen, *Group Therapy for cancer patients: A research based handbook of psychosocial care*, New York, Basic Books Inc. Publishers, 2000.
 11. I. Yalom, *Existential Psychotherapy*, New York, Basic Books, 1980.
 12. Réseau canadien du cancer du sein et l'Initiative ontarienne de recherche communautaire sur le cancer du sein: «Rien ne me convenait»: Les besoins d'information et de soutien des jeunes Canadiennes atteintes du cancer du sein: consultation nationale menée auprès de jeunes femmes atteintes du cancer du sein. www.cbcn.ca, 2003.
 13. C. Classen, L.D. Butler, C. Koopman et autres, «Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial», *Arch Gen Psychiatry*, 58:494-501, 2001.
 14. R.W. Trijsburg, F.C. van Knippenberg et S.E. Rijpma, «Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review», *Psychosom Med*, 54:489-517, 1992.
 15. F.I. Fawzy, N.W. Fawzy, L.A. Arndt et autres, «Critical review of psychosocial interventions in cancer care», *Arch Gen Psychiatry*, 52:100-113, 1995.
 16. P.B. Jacobsen et D.M. Hann, «Cognitive-behavioral interventions», dans Pea (ed), *Psycho-Oncology*, New York, Oxford University Press, 1998, p. 719-729.
 17. T. Levine et D.W. Kissane, «Psychooncology – The state of its development in 2006», *Eur. J. Psychiat*, 20:183-197, 2006.
 18. B.L. Andersen, «Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life», *Journal of consulting and clinical psychology*, 60:552-568, 1992.
 19. N.W. Fawzy, «A psychoeducational nursing intervention to enhance coping and affective state in newly diagnosed malignant melanoma patients», *Cancer Nurs*, 18:427-438, 1995.
 20. F.I. Fawzy et N.W. Fawzy, «Group therapy in the cancer setting», *J Psychosom Res.*, 45:191-200, 1998.
 21. V. Lee, S.R. Cohen, L. Edgar et autres, «Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results», *Oncol Nurs Forum*, 33:291-302, 2006.
 22. E.M. Fekete, M.H. Antoni et N. Schneiderman, «Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions», *Curr Opin Psychiatry*, 20:152-7, 2007.
 23. M.J. Horowitz, *Stress Response Syndromes*, New York, Jason Aronson, 1986.
 24. R. Janoff-Bulman, *Shattered assumptions: toward a new psychology of trauma*, New York, Free Press, 1992.
 25. M.S. Meyer, E.M. Altmaier et C.P. Burns, «Religious orientation and coping with cancer», *Journal of religion and health*, 31:273-279, 1992.
 26. W. Breitbart, C. Gibson, S.R. Poppito et autres, «Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality», *Can J Psychiatry*, 49:366-72, 2004.
 27. W. Breitbart, «Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer», *Support Care Cancer*, 10:272-80, 2002.

28. D. Spiegel, J.R. Bloom, H.C. Kraemer et autres, « Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer », *Lancet*, 2:888-91, 1989.
29. L. Fillion, *Intervention existentielle et psycho-éducative de groupe pour le personnel infirmier en soins palliatifs*, Québec, Université Laval, Faculté des sciences infirmières, 2004.
30. I.B. Wilson et P.D. Cleary, « Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes », *Jama*, 273 :59-65, 1995.
31. S.J. Lepore, « A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer », dans Abba Andersen (ed.), *Psychosocial interventions for cancer*, Washington D.C., American psychological association, 2001, p. 99-116.
32. P.T. Wong, « Meaning-centered counseling: A cognitive-behavioral approach to logotherapy », *The International Forum for Logotherapy*, 20 :85-94, 1997.
33. L. Fillion et C. Gélinas, « Psycho-educational intervention and fatigue among breast cancer survivors: A conceptual framework », Paper presented at the 62nd Annual convention Canadian psychological association, Québec, Université Laval, 2001.
34. P.J. Goodwin, « Support groups in breast cancer: When a negative result is positive », *Journal of clinical Oncology*, 22 :4244-4246, 2004.
35. K. Lemay et K.G. Wilson, « Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions », *Clin Psychol Rev*, 2007.
36. P.J. Goodwin, M. Leszca, M. Ennis et autres, « The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer », *N England J Med*, 345:1719-1726, 2001.
37. C.J. Hellman, M. Budd, J. Borysenko et autres, « A study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaints », *Behav Med*, 16:165-73, 1990.
38. A.J. Cunningham, *Skills for healing: part II of the healing journey program*, Toronto, Princess Margaret Hospital, University Health Network, 2001.
39. A.J. Cunningham, *Steps towards Spiritual Healing: Level 3 of The Healing Journey Program*, Ontario, University Health Network, 2000.
40. A.J. Cunningham, *A course in connectedness (level IV)*, Toronto, Princess Margaret Hospital: University Health Network, 1993.
41. A.J. Cunningham, *Bringing spirituality into your healing journey* (ed. Key Porter Books Limited), Toronto, 2002.
42. A.J. Cunningham, *The healing journey: Overcoming the crisis of cancer* (ed. Key Porter Books Limited), Toronto, 2000.
43. A.J. Cunningham, « Integrating spirituality into a group psychological therapy program for cancer patients », *Integr Cancer Ther*, 4:178-86, 2005.
44. J. Grand'Maison, *Quand le jugement fout le camp: essai sur la déculturation*, Québec, Fides, 2000.
45. Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, « Groupe de travail sur les soins palliatifs et Groupe de travail sur les soins de soutien/réadaptation, Final Report », 2002.
46. Programme québécois de lutte contre le cancer, « Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe », dans MSSS (dir). Québec, 1997.
47. L. Dionne, *Une histoire de vie*, Colloque régional de lutte contre le cancer: « Réflexion face à l'avenir », Québec, 2003.
48. S.J. Lepore, J.D. Ragan et S. Jones, « Talking facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor », *Journal of personality and social psychology*, 78 :499-508, 2000.
49. P. Gagnon, L. Fillion, J. Savard et autres, *Interest in psychosocial interventions expressed by French Canadian family caregivers of cancer patients*, Academy of Psychosomatic Medicine: San Antonio, Texas, November, 2001.
50. E.E. Schmitt, *Oscar et la dame rose*, Paris, Éditions Michel Albin, 2002.

51. H.M. Chochinov, T. Hack, T. Hassard et autres, « Dignity therapy : a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life », *J Clin Oncol*, 23:5520-5, 2005.
52. L. Fillion, P. Gagnon, F. Leblond et autres, « A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors », *Cancer Nurs*, 31 :145-59, 2008.
53. J.S. Beck, *Cognitive Therapy: Basics and beyond*, New York, The Guilford Press, 1995.
54. B. Kelly, S. McClement et H.M. Chochinov, « Measurement of psychological distress in palliative care », *Palliat Med*, 20:779-89, 2006.
55. O. Nunge et S. Mortera, *Développer le meilleur de soi-même*, Bernex (Suisse), Jouvence, 2000.
56. D. Spiegel, *Living beyond limits: New help and hope for facing life-threatening illness*, New York, 1993.
57. S. Peck, *Le chemin le moins fréquenté – apprendre à vivre avec la vie*, J'ai lu, 2000.

NOTE

1. Auteurs additionnels : Stéphane Duval, MPSY ; Marie-Anik Robitaille, MA ; Marie-Claude Blais, Ph. D. ; Line Croteau, MA ; François Tardif, M.Sc.