

## Article

---

« La recherche en oncologie psychosociale »

Serge Dumont

*Service social*, vol. 45, n° 3, 1996, p. 77-90.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/706738ar>

DOI: 10.7202/706738ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)

---

# *La recherche en oncologie psychosociale*

Serge DUMONT\*  
*Professeur adjoint  
École de service social  
Université Laval*

## **INTRODUCTION**

La problématique du cancer sollicite de façon toute particulière la profession du service social et ce, en raison de faits historiques qu'il est utile de se remémorer. Au cours de la première moitié du présent siècle, il n'y avait que deux catégories de malades souffrant de cancer : les mourants et ceux dont un traitement était susceptible de prolonger la vie, mais de façon généralement très limitée. De plus, à cette époque, la maladie était peu connue du public. Le mot « cancer » était tabou et les personnes atteintes étaient victimes d'un stigmate social préjudiciable parce que leur maladie, en raison de sa symptomatologie, était associée à

---

\* M. Dumont (PhD) est travailleur social. Il est membre d'une équipe de recherche subventionnée par le Fonds en recherche de la santé du Québec. Le programme de recherche s'intitule : « L'allègement du fardeau en phase terminale de cancer : aspects cliniques et psychosociaux ».

la syphilis, à la tuberculose et parfois même à la lèpre. La pratique médicale dans ce champ était peu valorisée et largement handicapée par l'impuissance de ses moyens. Aussi, dans un tel contexte, les soins et l'accompagnement auprès des personnes mourantes et de leurs proches constituaient l'axe d'intervention privilégié, et le service social y a contribué de façon très significative. Aujourd'hui, alors que les perspectives de traitement du cancer se sont grandement améliorées, les fonctions du travailleur social se sont diversifiées et l'apport de la profession au sein des équipes multidisciplinaires d'oncologie est bien établi. Enfin, la recherche psychosociale en oncologie constitue le champ de recherche qui, dans le domaine de la santé, est sans doute le plus investi par les travailleurs sociaux. La création en 1984 d'une organisation internationale, The Association of Oncology Social Work (AOSW), témoigne bien de ce dynamisme. Cette organisation a pour mission le développement des pratiques et des savoirs dans le domaine de l'oncologie psychosociale. L'AOSW édite depuis sa fondation le *Journal of Psychosocial Oncology*, une revue scientifique à caractère pluridisciplinaire hautement reconnue, tant dans le milieu de la recherche que dans les milieux de pratique.

Le présent article se propose de tracer un bref historique des principaux courants de la recherche psychosociale dans le domaine de l'oncologie. Sans avoir la prétention de s'engager dans une recension exhaustive des écrits, il est proposé de porter une attention plus particulière à certaines études scientifiques reconnues comme ayant un processus de quête de la connaissance dans ce champ. Le présent article s'intéresse d'abord et avant tout aux savoirs savants, c'est-à-dire à des connaissances découlant de recherches réalisées en milieu clinique à partir de procédés empiriques. Or, il existe dans ce champ d'autres savoirs, notamment les savoirs dits populaires, dont la richesse du point de vue ontologique et ethnologique a été très bien documentée par Saillant (1988).

## **LA RECHERCHE PSYCHOSOCIALE EN ONCOLOGIE**

Ce qui caractérise la recherche psychosociale dans le domaine de l'oncologie depuis ses origines est sans aucun doute son caractère pluridisciplinaire alors que ce champ de recherche sollicite non seulement le service social, mais également la psychiatrie, la psychologie et le nursing. Au Canada, le principal regroupe-

ment de chercheurs est l'Association canadienne d'oncologie psychosociale. La composition de son membership reflète bien l'orientation pluridisciplinaire propre à ce domaine de recherche.

Les premiers travaux de recherche à caractère psychosocial furent amorcés à la suite de la fondation du Memorial Sloan-Kettering à New York en 1950, alors que les milieux cliniques étaient au centre d'une vive controverse concernant la pertinence de révéler ou non le diagnostic et le pronostic aux malades, de même qu'aux membres de leur famille. L'influence des travaux d'Elisabeth Kubler-Ross (1969) fut déterminante dans ce débat. Celle-ci a largement insisté sur la nécessité d'établir une communication ouverte avec le malade et ses proches en favorisant l'expression des peurs et du vécu par rapport à la mort. C'est à ce moment que se sont esquissés les premiers jalons de ce qu'il est convenu d'appeler le concept de *l'accompagnement* des personnes mourantes et de leurs proches en contexte de soins palliatifs.

En 1972, la recherche psychosociale en oncologie prend véritablement son envol alors que l'Institut national du cancer américain, créé en 1937, intègre un volet psychosocial dans le cadre de son programme de financement de la recherche. L'un des premiers grands courants de recherche à s'imposer est l'étude des impacts du diagnostic de cancer et de son traitement sur le fonctionnement psychosocial des personnes atteintes et de leurs proches. L'annonce du diagnostic provoque généralement une réaction de choc, souvent accompagnée d'un déni qui est suivi d'épisodes d'anxiété, de colère et de dépression. Malgré le fait qu'une majorité de malades s'adaptent progressivement à leur situation et que les réactions psychologiques sont transitoires, des études révèlent qu'entre 22 % (Morris *et al.*, 1977) et 44 % (Derogatis *et al.*, 1983) des personnes souffrent de problèmes psychologiques chroniques susceptibles d'affecter leur fonctionnement social (Moyer et Salovey, 1996; Weisman et Worden, 1985). L'avènement du cancer introduit une sérieuse exigence d'adaptation pour les conjoints ou conjointes et les membres de la famille, et il s'agit manifestement d'une expérience de nature à compromettre leur équilibre psychosocial (Given et Given, 1992; Sales, 1991). Baider et De-Nour (1984) affirment que les conjoints ainsi que les enfants des femmes atteintes de cancer du sein présentent un état de vulnérabilité souvent comparable à celui de la malade et que, paradoxalement, on s'attend généralement à ce que ceux-ci constituent sa principale source de soutien.

Les résultats de ces études ont incité certains chercheurs à vérifier si les réactions psychologiques des malades pouvaient influencer leur pronostic en ce qui regarde la morbidité et la durée de survie. Une étude importante dans ce champ est une recherche longitudinale réalisée par Greer auprès de femmes souffrant d'un cancer non métastatique (Greer, Morris et Pettingale, 1979 ; Greer *et al.*, 1990). Cette étude a démontré que les femmes ayant une attitude positive et combative avaient un taux de survie de 45 % (9/20), alors que celles ayant peu d'espoir et une attitude de résignation ont obtenu, pour leur part, un taux de survie de 17 % (7/42). Il importe cependant de signaler que cette étude comportait un échantillonnage restreint et que peu d'études sont venues confirmer la valeur prédictive des réactions psychologiques sur le pronostic de durée de vie. Une étude analogue réalisée auprès de 280 femmes atteintes d'un cancer du sein, qui fut publiée récemment, n'a pas permis de confirmer la valeur prédictive des réactions psychologiques sur la durée de survie (Tross *et al.*, 1996). Enfin, une autre étude tout aussi récente menée auprès de 238 malades recevant des traitements palliatifs indique que l'influence des variables psychologiques sur la survie serait plus grande chez les malades dont l'âge se situe entre 30 et 59 ans, alors qu'une telle influence ne serait pas observée chez les plus âgés (Schulz *et al.*, 1996). Par ailleurs, l'influence des réactions psychologiques sur la qualité de vie et sur la qualité de la participation au traitement est bien démontrée. Aussi, dans cette perspective, plusieurs chercheurs ont tenté de vérifier si une intervention de nature psychosociale individuelle ou de groupe pouvait contribuer à améliorer la réponse psychologique des malades et ainsi influencer positivement leur participation au traitement, leur qualité de vie et enfin leur pronostic. C'est dans ce contexte qu'est apparu le concept de *psychothérapie adjuvante*. L'efficacité de différentes formes d'interventions psychosociales a été vérifiée dans le cadre de nombreuses recherches au cours des deux dernières décennies. Toutefois, plusieurs de ces études présentent des faiblesses méthodologiques importantes (Greer, 1989). Les devis expérimentaux comportent des échantillons restreints et lorsqu'il y a formation d'un groupe-contrôle la répartition des sujets n'est généralement pas randomisée. L'intervention expérimentale est parfois mal définie et, enfin, les variables mesurées soulèvent des difficultés associées aux limites des instruments retenus ainsi qu'à des difficultés d'ordre conceptuel, par exemple l'élaboration d'une définition opérationnelle de la qualité de vie. Dès

lors, la grande majorité des études répertoriées ne peuvent être reproduites dans le but de confirmer les résultats qu'elles ont générés. Néanmoins, il y a un consensus au sein de la communauté scientifique qui reconnaît l'effet généralement bénéfique des interventions de nature psychosociale auprès des personnes atteintes de cancer (Greer, 1989 ; Fawzi et Fawzi, 1994).

Les limites du présent article ne permettent pas de soumettre à l'attention du lecteur les nombreuses études réalisées dans le but de vérifier l'efficacité des interventions psychosociales appliquées aux personnes atteintes de cancer. Trois d'entre elles méritent cependant une attention plus particulière. D'abord, l'étude réalisée par Telch et Telch (1986) où une quarantaine de malades atteints de cancer et présentant des indices de détresse psychologique importants sont distribués au hasard dans trois groupes. Une première cohorte participe à une intervention de groupe (six séances) dans le but d'accroître les habiletés de *coping*, une deuxième participe à un groupe d'entraide mutuelle (six séances) et, enfin, une troisième ne bénéficie d'aucune intervention psychosociale particulière. Après la période d'expérimentation, les sujets n'ayant bénéficié d'aucune intervention se sont détériorés au regard de leur condition psychologique, de leur fonctionnement social et de leur fonctionnement sexuel. Les sujets du groupe d'entraide ont connu une légère amélioration, alors que les sujets ayant participé au groupe d'entraînement aux habiletés de *coping* démontraient les meilleurs progrès.

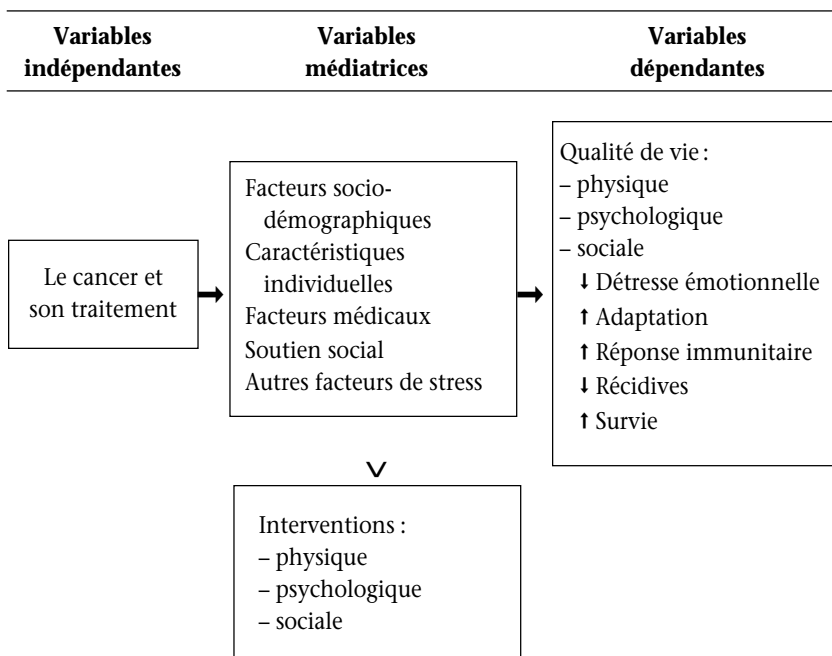
Une deuxième étude à laquelle les chercheurs du domaine font souvent référence est celle réalisée par Spiegel et ses collaborateurs (Spiegel *et al.*, 1989). Cette étude fut amorcée en 1978 auprès de 86 femmes souffrant d'un cancer du sein avec métastases. À la suite d'une randomisation, cinquante d'entre elles ont, en plus de subir les traitements usuels, été dirigées vers un groupe de soutien, alors que trente-six n'ont reçu que les soins usuels en oncologie. Les femmes qui ont participé au groupe de soutien se sont rencontrées toutes les semaines durant un an. Ces rencontres axées sur l'aide mutuelle étaient animées par une travailleuse sociale ou un psychiatre accompagnés d'une coanimatrice, une femme dont le cancer était en rémission. L'étude a démontré que les femmes ayant participé au groupe de soutien ont eu une durée de survie moyenne de 36 mois (é.t. = 37,6), alors que celle-ci fut de 18,9 mois (é.t. = 10,8) pour les femmes du groupe témoin ( $p < 0,0001$ ).

Enfin, plus récemment, Fawzi et ses collaborateurs (Fawzi *et al.*, 1993) ont mené une étude auprès de 68 malades souffrant

d'un mélanome. Ceux-ci furent répartis au hasard dans deux groupes, soit un groupe témoin et un groupe où les sujets ont bénéficié d'une série de six rencontres favorisant l'aide mutuelle. Six ans plus tard, les récurrences observées étaient deux fois plus nombreuses chez les sujets du groupe témoin (7 contre 13). Trois sujets du groupe expérimental étaient décédés, alors que ce nombre s'élevait à dix au sein du groupe témoin.

Malgré le fait qu'il soit actuellement difficile de déterminer quelles sont les formes de thérapie les plus efficaces dans ce domaine, il semble que les interventions de groupe, en plus de présenter un certain avantage au chapitre des coûts, introduiraient des changements plus rapides sur le plan des symptômes d'anxiété et de dépression (Fawzi, 1996). À l'occasion d'une récente conférence pancanadienne, Fawzi a présenté le cadre

**SCHÉMA 1**  
**Modèle classique d'intervention**  
**auprès des personnes atteintes de cancer**



conceptuel de référence qui semble le plus largement utilisé en oncologie psychosociale<sup>1</sup>.

Ce cadre de référence a conduit à l'élaboration d'un modèle d'intervention psycho-éducatif qui est actuellement mis à contribution dans une importante étude en cours aux États-Unis. Il s'agit du projet OMEGA. Ce modèle comporte quatre volets. Premièrement, il propose une intervention de nature éducative. Celle-ci a pour objectif l'accroissement des connaissances (maladie, traitements, etc.) en vue d'augmenter le sentiment de contrôle ou de maîtrise de la situation et de réduire ainsi la détresse émotionnelle et le désespoir. Deuxièmement, des sessions de gestion du stress sont proposées afin de favoriser l'acquisition d'habiletés pour faire face aux situations stressantes (*coping skills*), d'habiletés à la relaxation et d'autres stratégies de réduction de stress. Troisièmement, les participants bénéficient d'un entraînement aux techniques de résolution de problèmes. Quatrièmement, les malades participent à un groupe de soutien afin de consolider les changements apportés par la thérapie et favoriser le soutien mutuel (Fawzi, 1994).

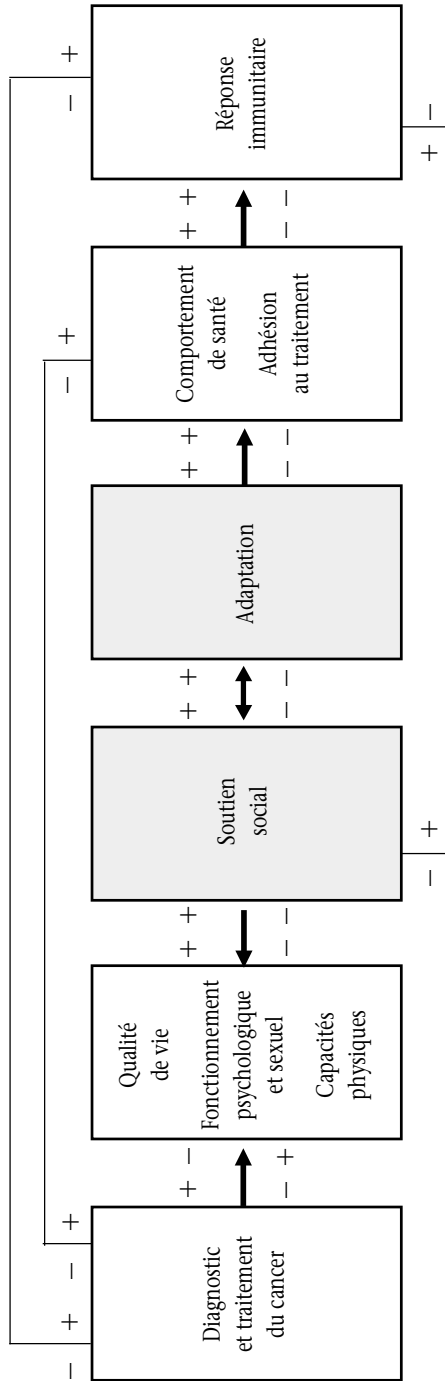
Il apparaît pertinent de souligner que les efforts de recherche en matière d'intervention psychosociale sont fortement encouragés par des résultats d'études réalisées à l'intérieur de deux autres domaines de recherche, soit la psycho-neuro-immunologie (Bovbjerg, 1989) et l'étude sur les effets bénéfiques du soutien social en tant qu'agent protecteur de la santé (Rowland, 1989; Bozzini et Tessier, 1985). Ces recherches apportent des éléments de réponse à propos des mécanismes susceptibles d'expliquer l'influence des facteurs environnementaux et psychologiques sur la fréquence du cancer, de même que sur le pronostic d'évolution du malade. L'hypothèse générale veut qu'un environnement psychosocial adéquat et soutenant améliore la réponse psychologique des malades ainsi que leur processus d'adaptation à la maladie (*coping*). Les conséquences seraient de deux ordres. D'abord, une telle réponse accroît la fidélité aux traitements et réduit les comportements à risque. Ensuite, une telle réponse stimule la fonction immunitaire en augmentant le nombre de cellules NK (*natural killer cells*) (Kiecolt-Glaser et Glaser, 1986, dans Bovbjerg, 1989). Celles-ci induisent une forme d'immuno-surveillance, telle que décrite par Thomas (1982), qui permettrait

---

1. Allocution du Dr Fawzi I. Fawzi lors de la Conférence de l'Association canadienne d'oncologie psychosociale qui a eu lieu à Montréal le 29 mai 1996.



**SCHÉMA 2**  
**Perspectives de recherche en oncologie psychosociale**



d'éviter que des cellules précancéreuses se transforment en tumeurs et réduirait le risque de progression d'une tumeur existante, de même que l'épanchement métastatique (Rees et Alis, 1985, cités dans Bovbjerg, 1989).

Dans une perspective de synthèse, un modèle conceptuel qui reflète les principales hypothèses à l'origine des travaux de recherche réalisés dans le domaine de l'oncologie psychosociale au cours des trois dernières décennies est proposé (schéma 2).

Ce modèle met en relief l'effet déterminant de l'adaptation et du soutien social dans l'évolution des malades atteints de cancer. Cette perspective rejoint les conclusions du comité consultatif sur le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec (Deschênes, 1995), qui souligne que l'adaptation à la maladie et à son traitement est intimement liée au soutien psychologique et affectif immédiat. Il est utile de rappeler qu'au cours de la dernière décennie les stratégies de traitement pour plusieurs formes de cancer ont évolué vers des interventions beaucoup plus agressives et plus intensives, afin de réduire la mortalité associée à ces maladies. Bien qu'ils améliorent le pronostic des personnes atteintes, ces protocoles de soins ont des répercussions psychologiques importantes sur les malades et leurs proches en leur imposant une sérieuse exigence d'adaptation. Par ailleurs, l'état actuel des connaissances semble indiquer que des interventions psychosociales orientées vers l'accroissement du soutien social et tendant à favoriser l'adaptation du malade et de ses proches à la maladie, de même qu'aux exigences de son traitement, peuvent contribuer à rehausser la qualité de vie et, parfois, réduire la morbidité et améliorer le pronostic. Aussi le soutien à la personne et à ses proches fait-il l'objet d'une voie d'action prioritaire dans le cadre de *La politique de la santé et du bien-être* du gouvernement du Québec (1992).

## CONCLUSION

L'oncologie psychosociale offre donc de nombreuses perspectives de recherches pertinentes pour le travail social. L'expertise des travailleurs sociaux sur le plan du fonctionnement social, notamment en ce qui regarde les microcosmes sociaux et affectifs, les prépare bien à participer activement à l'effort de recherche en ce domaine. Toutefois, à ce moment-ci, une mise en garde

s'impose, qui nous est inspirée par les propos de Holland (1992). Celle-ci nous rappelle que l'intérêt pour les aspects psychosociaux du cancer dans nos sociétés modernes, intérêt bien sûr stimulé par les résultats de recherche et par une ouverture aux approches holistiques, influence l'attitude de la population, notamment celle des malades à l'égard de la maladie. Il en émerge un discours populaire selon lequel le cancer est une maladie causée par le stress et par des problèmes psychologiques et que celle-ci doit être combattue sur une base psychologique. Les fondements scientifiques susceptibles de soutenir ce discours sont insuffisants à ce jour et bien que la perspective qu'il suggère puisse être encourageante et stimulante pour certains malades, elle est aussi susceptible de créer une pression culpabilisante et de nourrir un sentiment d'échec pour plusieurs. Enfin, réduire la complexité de l'étiologie encore mal connue du cancer à une forme de psychologisme peut à notre avis contribuer à ralentir l'éveil d'une conscience collective sur la détérioration constante de notre environnement et, à certains égards, de nos modes de vie. Or, l'équilibre dynamique entre l'individu et son environnement constitue l'objet privilégié du service social, de sorte que la contribution de cette discipline à la recherche et à l'intervention en oncologie est des plus pertinentes et offre de nombreuses perspectives.

En terminant, il est utile de rappeler que la recherche dans le domaine du cancer, qu'elle soit biomédicale ou psychosociale, tend à s'investir dans ce qui est communément appelé la *lutte contre le cancer*. Pourtant, pour de nombreux malades, la réalité c'est de vivre *avec* un cancer pour lequel peu d'espoir est permis. Dans le cadre du *Workshop on Symptom Control and Supportive Care in Patients with Advanced Cancer* (Vachon, Kristjanson et Higginson) en 1995 l'Institut national du cancer du Canada insistait sur la nécessité de favoriser la recherche dans le domaine des soins palliatifs, notamment en ce qui a trait aux dimensions psychosociales. Au Québec, cette recommandation avait été formulée quelques années plus tôt par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de *La politique de la santé et du bien-être*.

## **Références bibliographiques**

- BAIDER, L., et A.K. DE-NOUR (1984). « Couples reactions and adjustment to mastectomy: A preliminary report », *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 14, n° 3, p. 265-276.
- BLOOM, J.R. (1987). « Psychological response to mastectomy », *Cancer*, vol. 59, p. 189-196.
- BOVBJERG, D. (1989). « Psychoneuroimmunology and cancer », dans J.C. Holland (dir.), *Handbook of Psychooncology*, New York : Oxford University Press, p. 727-734.
- BOZZINI, L., et R. TESSIER (1985). « Support social et santé », dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, Québec : Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture; Lyon : Presses universitaires de Lyon, p. 905-939.
- CORNEY, R.H., et al. (1993). « Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 100, n° 1 : p. 73-81.
- DEROGATIS, L.R., et al. (1983). « The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients », *Jama*, vol. 249, n° 6, p. 751-757.
- DESCHENES, L. (1995). *Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer*, Québec : Comité consultatif sur le cancer.
- FAWZI, F.I. (1996). *Psychotherapeutic strategies in cancer care*, Montréal : Conférence de l'Association canadienne d'oncologie psychosociale.
- FAWZI, F.I., et al. (1993). « Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 50, n° 9, p. 681-689.
- FAWZI, F.I., et N.W. FAWZI (1994). « Psychoeducational interventions and health outcomes », dans J.K. Kiecolt-Glaser et R. Glaser (dir.), *Handbook of human stress and immunity*, Los Angeles : Academic Press Inc., p. 365-402.
- FAWZI, F.I., et N.W. FAWZI (1994). Special section : *A structured psychoeducational intervention for cancer patients*.
- GIVEN, B., et C.W. GIVEN (1992). « Patient and family caregiver reaction to new and recurrent breast cancer », *JAMWA*, vol. 47, n° 5, p. 201-206.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- GRASSI, L., et G. ROSTI (1996). « Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors – a 6-year follow-up study », *Psychosomatics*, vol. 37, n° 6, p. 523-532.
- GREER, S. (1979). « Psychological consequences of cancer », *Practitioner*, vol. 222, n° 1328, p. 173-178.
- GREER, S. (1989). « Can psychological therapy improve the quality of life of patients with cancer ? », *British Journal of Cancer*, vol. 59, n° 2, p. 149-151.

- GREER, S., *et al.* (1990). « Psychological response to breast cancer and 15-year outcome [letter] », *The Lancet*, vol. 335, n° 8680, p. 49-50.
- GREER, S., T. MORRIS et K.W. PETTINGALE (1979). « Psychological response to breast cancer : effect on outcome », *The Lancet*, vol. 2, n° 8146, p. 785-787.
- HOLLAND, J.C. (1992). « Psychooncology : Where are we, and where are we going ? », *Journal of Psychosocial Oncology*, vol. 10, n° 2, p. 103-112.
- KUBLER-ROSS, E. (1969). *On Death and Dying*, New York : Mcmillan, 200 pages.
- LEWIS, M.L., et M. HAMMOND (1992). « Psychosocial adjustment of the family to breast cancer », *JAMWA*, vol. 47, n° 5, p. 194-200.
- LICHTMAN, R.R., et S.E. TAYLOR (1986). « Close relationships and female cancer patient », dans Andersen (dir.), *Women with Cancer*, New York : Springer, p. 233-288.
- MORRIS, T., H.S. GREER et P. WHITE (1977). « Psychological and social adjustment to mastectomy : a two-year follow-up study », *Cancer*, vol. 40, n° 5, p. 2381-2387.
- MOYER, A., et P. SALOVEY (1996). « Psychosocial sequelae of breast-cancer and its treatment », *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 18, n° 2, p. 110-125.
- NORTHOUSE, L.L. (1989). « Impact of breast cancer on patients and husbands », *Cancer Nursing*, vol. 12, p. 276-284.
- OMNE-POTÉN, M., *et al.* (1993). « Psychosocial adjustment among husbands of women treated for breast cancer ; mastectomy vs breast conserving surgery », *European Journal of Cancer*, vol. 29A, n° 10, p. 1393-1397.
- OMNE-POTÉN, M., L. HOLMBERG et P.O. SJÖDÉN (1994). « Psychosocial adjustment among women with breast cancer stage I & II : Six years follow-up of consecutive patients », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 12, n° 9, p. 1778-1782.
- PENDERSON, L.M., et B.G. VALANIS (1988). « The effects of breast cancer on the family : A review of the literature », *Journal of Psychosocial Oncology*, vol. 6.
- ROWLAND, J.H. (1989). « Interpersonal resources : social support », dans J.C. Holland (dir.), *Handbook of Psychooncology*, New York : Oxford University Press, p. 58-77.
- SAILLANT, F. (1988). *Cancer et culture : produire le sens de la maladie*, Montréal : Éditions Saint-Martin, 317 p.
- SALES, E. (1991). « Psychosocial impact of the phase of cancer on the family : an update review », *Journal of Psychosocial Oncology*, vol. 9.
- SCHULZ, R., *et al.* (1996). « Pessimism, age, and cancer mortality », *Psychology and Aging*, vol. 11, n° 2, p. 304-309.
- SPIEGEL, D., *et al.* (1989). « Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer », *The Lancet*, vol. 2, n° 8668, p. 888-891.

- TAYLOR, S.E., *et al.* (1985). « Illness-related and treatment-related factors in psychological adjustment to breast cancer », *Cancer*, vol. 55, n° 10, p. 2506-2513.
- TELCH, C.F., et M.J. TELCH (1986). « Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, n° 6, p. 802-808IS.
- THOMAS, L. (1982). « On immunosurveillance in human cancer », *The Yale Journal of Biology and Medicine*, vol. 55, p. 329-333.
- TROSS, S., *et al.* (1996). « Psychological symptoms and disease-free and overall survival in women with stage-ii breast-cancer », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 88, n° 10, p. 661-667.
- VACHON, M.L.S., L. KRISTJANSON et I. HIGGINSON (1995). « Psychosocial issues in palliative care: The patient, the family and the process and outcome of care », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 10, n° 2, p. 142-150.
- WEISMAN, A.D., et J.W. WORDEN (1985). « The emotional impact of recurrent cancer », *Journal of Psychosocial Oncology*, vol. 3, n° 4, p. 5-16.

