HAL
open science

Santé psychologique au travail des femmes avec un passé de cancer du sein : une approche comparative et dyadique

Marie Saramago

To cite this version:

Marie Saramago. Santé psychologique au travail des femmes avec un passé de cancer du sein : une approche comparative et dyadique. Psychologie. Université de Lorraine, 2018. Français. NNT : 2018LORR0329 . tel-02148426

HAL Id: tel-02148426

https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02148426

Submitted on 7 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ de LORRAINE

Mention : Psychologie

Par **Mme Marie Saramago**

Santé psychologique au travail des femmes avec un passé de cancer du sein : une approche comparative et dyadique

Le 10 décembre 2018

Membres du jury :

Président de jury :
Monsieur Francis Guillemin, Professeur, Université de Lorraine, France

Rapporteurs :
Madame Véronique Christophe, Professeur, Université Lille 3, France
Madame Anne-Marie Etienne, Professeur, Université de Liège, Belgique

Encadrement :
Madame Fabienne Lemétayer, Professeur, Université de Lorraine, France, Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, en premier lieu, ma directrice de thèse, le Professeur Fabienne Lemétayer d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse. Merci pour tes conseils théoriques et cliniques qui ont enrichi ma réflexion personnelle. Je te remercie également pour ta bienveillance et ton soutien qui m'ont permis de mener ce travail à son terme.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Monsieur le Professeur Francis Guillemin, Madame le Professeur Véronique Christophe et Madame le Professeur Anne-Marie Etienne qui me font l'honneur de siéger dans ce jury et d'évaluer ce travail de thèse.

Je remercie l'équipe de recherche APEMaC-EPSaM [4360], et plus particulièrement le Professeur Francis Guillemin, de m'avoir accueillie dans son équipe de recherche et du soutien reçu. Merci également aux doctorants pour leurs conseils avisés.

Je remercie également l'École Doctorale Stanislas de m'avoir octroyé un contrat doctoral.

Un grand merci à Julie, ma secrétaire préférée qui est désormais une amie. Tu as su égayer mes pauses et avoir toujours une parole réconfortante. Merci également à Aude pour sa bonne humeur et pour m'avoir fait voyager le temps de quelques minutes à chacune de nos rencontres.

Je tiens également à remercier mes collègues de bureau, celles qui sont toujours là et celles qui ont déjà terminé cette étape de leur vie : Audrey, Charlène et Manon et Nawel. Vous avez contribué activement à ma bonne santé mentale au travail. Merci aussi à ma nouvelle collègue Alexandra, pour ta bienveillance, ta gentillesse et ton aide active durant ces derniers moments. Je ne peux pas oublier de remercier mon meilleur soutien Laura. Tu as toujours su trouver les bons mots quelle que soit la situation. Le mot collègue n'est plus suffisant, tu es devenue une vraie amie.

Un grand merci à mon amie Manon pour ton amitié et ton soutien depuis le Master 2. Merci aussi à Arthur pour tes phrases toujours très pertinentes. Je tiens également à remercier ma meilleure amie Aurélie pour tout ce que tu m'apportes depuis

le CM2. Tu as toujours été là et même aujourd'hui malgré les kilomètres qui nous séparent. Ta force m'impressionne. Tu es un exemple à suivre. Merci aussi à Sylvain de continuer à me supporter après toutes ces années.

Je tiens également à remercier ma belle famille. Merci Marie-Do pour votre aide depuis le début de ce travail de thèse et votre bienveillance. Un grand merci à Gwen, Kevin, Robert, Thaïs et Violaine pour votre soutien à toute épreuve. Je voudrais aussi remercier mes petites nièces Eléa, Lilwenn, Maëlyne et Théa pour leurs gentils mots d'enfants.

Je remercie particulièrement ma grande famille qui a toujours été là pour moi. Merci à Maman d'avoir mobilisé toutes ses ressources pour m'aider à tout niveau. Merci aussi à Papa, Marraine, Parrain, Patricia, Didier, Conmadre et Conpadre pour n'avoir jamais douté et avoir toujours su me remotiver. Merci à ma mamie Mae et mon papi Pae pour leur amour inconditionnel. Je tiens aussi à remercier mon frère Romain, Nadège et Yann pour tous les moments partagés et votre soutien. Merci aussi à ma filleule Emma qui me redonne toujours le sourire.

Je souhaite également remercier ma jumelle, Emilie, pour tout son amour, sa confiance et son soutien. Tu as toujours cru en moi et tu as toujours les bons mots. Loupi, c'est toi ma bonne étoile.

Cyprien, je ne trouverai jamais les mots pour te remercier de tout ce que tu m'apportes depuis quatre ans. Cette thèse je l'ai réalisé grâce à toi. Merci d'être à mes côtés et rendre ma vie plus belle.

Enfin, je tiens à remercier de tout cœur toutes les femmes avec ou sans passé de cancer et leur conjoint qui ont accepté de participer à ce travail. Merci pour votre intérêt pour mon travail et votre confiance. Merci également à l'Institut de Cancérologie de Lorraine et aux associations *A Chacun son Everest* et les *Dames de Cœur de Thionville* pour leur aide précieuse.

RÉSUMÉ

Introduction : L'augmentation croissante de la survie après un cancer du sein conduit de plus en plus à accompagner ces femmes vers un retour à la vie active. Ce travail de thèse vise un double objectif. Il s'agira tout d'abord d'étudier la santé mentale au travail des femmes ayant un passé de cancer du sein en ayant recours à une approche comparative avec un groupe contrôle. Plus spécifiquement, nous tenterons de mettre à jour les stresseurs influant sur le burnout d'une part et les ressources impactant le bien-être psychologique au travail d'autre part. Le second objectif s'intéresse au couple et à la santé mentale au travail de chacun de ses membres en ayant recours à une approche dyadique et comparative.

Méthode : Au total, 308 personnes ont été interrogées (88 femmes avec un passé de cancer du sein et 20 conjoints ; 100 femmes sans passé de cancer et leur conjoint). Tous ont complété des mesures évaluant leur santé mentale au travail (burnout et bien-être psychologique au travail), leurs ressources personnelles et relatives au travail (auto-efficacité, optimisme, expressivité émotionnelle, détachement psychologique du travail), des stresseurs (charge de travail, conflit vie professionnelle vie privée), leurs manifestations anxio-dépressives, leur satisfaction de vie et leur satisfaction de leur relation de couple.

Résultats : Les résultats de la première étude ont montré que les femmes avec un passé de cancer ont des scores de burnout plus élevés que les femmes n'ayant pas ce vécu. Pour autant, ces scores se sont révélés en deçà des seuils critiques pour les deux groupes. Par ailleurs, cette première étude a permis d'identifier un effet modérateur des manifestations anxieuses sur la relation entre le conflit vie professionnelle-vie privée et le burnout dans le groupe clinique. Dans ce même groupe, et comparativement au groupe contrôle, la deuxième étude a permis de mettre à jour le sentiment d'efficacité personnelle comme la variable ressource la plus prédictive du bien-être psychologique au travail global et de ses composantes. Par ailleurs, la troisième étude a permis de montrer l'effet médiateur du sentiment d'appartenance à son environnement professionnel qui protègerait le groupe clinique de l'impact de la charge de travail sur le burnout. Enfin, dans les deux dernières études, et contre toutes attentes, les analyses causales auprès des couples des deux groupes ont révélé une sensibilité accrue du conjoint dont la compagne a été concernée par un cancer à sa satisfaction de sa relation de couple, ainsi qu'une influence tant au niveau de la détresse émotionnelle que des ressources de sa compagne sur sa santé mentale au travail.

Conclusion : En contexte professionnel, les femmes ayant un passé de cancer du sein de ce travail de thèse se sont révélées en capacité de mobiliser des ressources pour se protéger du burnout et pour promouvoir et entretenir leur bien-être au travail. En revanche, leurs conjoints sont apparus plus sensibles à la situation de leur couple et aux signaux de leur compagne. Des recommandations en termes d'accompagnement du couple, durant la période de l'après-annonce de la rémission, seront discutées et suggérées.

Mots clés: cancer du sein, burnout, bien-être psychologique au travail, stresseurs, ressources, couples

ABSTRACT

Introduction : An increasing number of people surviving the cancer lead more and more to assist them in order to return to active working life. This study had two objectives. First, we investigated the mental health at work of women survivor of breast cancer using a comparative approach with a control group. More specifically, we identified stressors that affect burnout and resources that impact psychological well-being at work. The second objective focused on the couple and the mental health at work of each of its members using a dyadic and comparative approach. The main objective of this research wereto identify what positively affects well-being at work, while considering the possible partner's influence in the context of return to work after cancer.

Method: 308 adults were interviewed (88 women affected by a history of breast cancer and 20 spouses, 100 women without cancer experience and their spouse). They completed measures of mental health at work (burnout and psychological well-being at work), personal and work-related resources (self-efficacy, optimism, emotional expressivity, psychological detachment at work), stressors (workload, work-family conflict), anxiety and depression, life satisfaction and satisfaction with their relationship.

Results: Results of the first study showed that women with a history of cancer have higher burnout scores than women who do not have this experience. However, these scores were below the critical thresholds for both groups. In addition, this first study identified a moderating effect of anxious manifestations on the relationship between work-family conflict and burnout in the clinical group. In this same group, and compared to the control group, the second study identified self-efficacy as the most predictive resource of psychological well-being at work and its components. In addition, the third study showed the mediating effect of feeling of belonging to professional environment it would protect the clinical group from the impact of the workload on burnout. Finally, in the last two studies, and contrary to expectations, the causal analyzes revealed an increased sensitivity of the spouse whose woman was affected by cancer to his satisfaction with his relationship, as well as an influence at the level of partner's emotional distress and resources on his mental health at work.

Conclusion: In a professional context, women with a history of breast cancer in this thesis work proved to be able to mobilize resources to protect themselves from burnout and to promote and maintain their well-being at work. Moreover, their spouses appeared more sensitive to the situation of their couple and signals of their partner. Recommendations in terms of support for the couple, during the period after the announcement of the remission, will be discussed and suggested.

Key words : breast cancer, burnout, well-being at work, stressors, resources, couples

SOMMAIRE

INTRODUCTION ---------- **1**

PARTIE 1 ---------- **5**

CHAPITRE 1 - ETAT DE LA QUESTION ---------- **7**

1. Le cancer du sein ---------- 9
   1.1. Contexte épidémiologique ---------- 9
   1.2. Le sein ---------- 10
   1.3. Le cancer du sein ---------- 11
   1.4. Facteurs de risque du cancer du sein ---------- 12
2. Le retour au travail après un cancer ---------- 13
   2.1. Epidémiologie du retour et/ou du maintien dans l'emploi ---------- 14
   2.2. Les difficultés rencontrées lors de la reprise du travail après un cancer ---------- 21
   2.3. Un nouveau rapport au travail ---------- 24
3. La santé mentale au travail ---------- 26
   3.1. Le burnout ---------- 27
   3.2. Le bien-être psychologique au travail (BEPT) ---------- 32
4. Les stresseurs relatifs à la vie professionnelle ---------- 39
   4.1. La charge de travail ---------- 39
   4.2. Le confit vie professionnelle-vie privée (VPvp) ---------- 44
   4.3. Les manifestations anxieuses et dépressives ---------- 49
5. Les ressources ---------- 57
   5.1. Le détachement psychologique du travail ---------- 57
   5. 2. L'optimisme dispositionnel ---------- 62
   5.3. L'auto-efficacité ---------- 67
   5.4. L'expressivité émotionnelle ---------- 73
   5.5. La satisfaction de vie ---------- 80
6. Les ressources relatives au couple ---------- 85
   6.1. Le couple face au cancer ---------- 85
   6.2. La satisfaction de sa relation de couple ---------- 86

CHAPITRE 2 - PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES ---------- **91**

PARTIE 2 ---------- **97**

CHAPITRE 3 - METHODOLOGIE ---------- **99**

1. *Design* général ---------- 101
2. Considérations éthiques ---------- 101
3. Population ---------- 101
   3.1. Critères d'inclusion et de non inclusion ---------- 101
   3.2. Recueil de données ---------- 102
4. Présentation des questionnaires ---------- 103
   4.1. Burnout – Shirom-Melamed Burnout Measure ---------- 104
   4.2. Echelle de bien-être psychologique au travail ---------- 104
   4.3. Charge de travail – *Workload scale* ---------- 105
   4.4. Conflit vie professionnelle –vie privée – *Work family conflict scale* ---------- 105
   4.5. Manifestations anxieuses et dépressives – *Hospital Anxiety and Depression Scale* ---------- 106
   4.6. Détachement psychologique du travail ---------- 107
   4.7. Optimisme – *Life Orientation Test-Revised* ---------- 107
   4.8. Sentiment d'efficacité personnelle – *General Self-Efficacy Scale* ---------- 108
   4.9. Expressivité émotionnelle – *Emotional Expressivity Scale* ---------- 108
   4.10. Satisfaction de vie – *Satisfaction with life scale* ---------- 109
   4.11. Satisfaction de sa relation de couple –*Relationship Assessment Scale* ---------- 109
5. Procédure ---------- 110
6. Analyse des données ---------- 111

CHAPITRE 4 - ANALYSES PREALABLES AUX TRAITEMENTS DES DONNEES ---------- **113**

1. Fiabilité des questionnaires ---------- 115
2. Analyses causales basées sur l'approche PLS ---------- 117
   2.1. Approche PLS ---------- 117
   2.2. Analyses multi-groupes ---------- 118

CHAPITRE 5 - APPLICABILITE DE L'ECHELLE RAS AUPRES D'UNE POPULATION FRANÇAISE **119**

AVANT-PROPOS ---------- **121**

Traitements des données manquantes ---------- 121

Critères de validations des questionnaires ---------- 121

Validations métriques ---------- 121

ÉTUDE A ---------- **125**
1. Introduction ---------- 129
2. Etude 1 ---------- 132
2. 1. Méthode ---------- 132
2.2. Résultats ---------- 135
3. Etude 2 ---------- 138
3.1. Méthode ---------- 138
3.2. Résultats ---------- 139
4. Discussion ---------- 141
5. Bibliographie succincte de l'étude ---------- 143

PARTIE 3 ---------- **145**
Analyses préliminaires ---------- 147

CHAPITRE 6 - LA SANTE MENTALE AU TRAVAIL DES FEMMES AVEC UN PASSE DE CANCER DU SEIN : ETUDE COMPARATIVE AVEC UN GROUPE CONTROLE ---------- **149**

AVANT-PROPOS ---------- **151**
Données socio-démographiques des deux groupes ---------- 151
Données médicales du groupe des FAPC ---------- 153

ÉTUDE 1 ---------- **155**
1. Introduction ---------- 157
2. Méthode ---------- 159
2.1. Population ---------- 159
2.2. Questionnaires ---------- 159
2.3. Analyses statistiques ---------- 160
3. Résultats ---------- 160
3.1. Analyses descriptives et comparatives ---------- 160
3.2. Analyses corrélationnelles et de régressions ---------- 165
4. Discussion ---------- 177
5. Bibliographie succincte de l'étude ---------- 180

ÉTUDE 2 ---------- **181**
1. Introduction ---------- 183
2. Méthode ---------- 186
2.1. Population ---------- 186
2.2. Questionnaires ---------- 186
2.3. Analyses statistiques ---------- 186

3. Résultats ---------- 187
3.1. Analyses descriptives et comparatives ---------- 187
3.2. Analyses corrélationnelles et de régressions ---------- 191
4. Discussion ---------- 196
5. Bibliographie succincte de l'étude ---------- 198

ÉTUDE 3 ---------- 199
1. Introduction ---------- 201
2. Méthode ---------- 203
2.1. Population ---------- 203
2.2. Questionnaires ---------- 203
2.3. Analyses statistiques et démarche dans l'analyse des résultats ---------- 203
3. Résultats ---------- 204
3.1. Analyses descriptives et comparatives ---------- 204
3.2 Analyses corrélationnelles et de médiation ---------- 206
4. Discussion ---------- 210
5. Bibliographie succincte de l'étude ---------- 212

CHAPITRE 7 - ETUDE DE LA SANTE MENTALE AU TRAVAIL DES COUPLES DONT LA FEMME A EU UN CANCER DU SEIN : APPROCHE DYADIQUE ET COMPARATIVE ---------- 215

***AVANT-PROPOS* ---------- 217**
Données socio-démographiques des quatre groupes ---------- 217
Données médicales du groupe des FAPC ---------- 221

ÉTUDE 4 ---------- 223
1. Introduction ---------- 225
2. Méthode ---------- 227
2.1. Population ---------- 227
2.2. Questionnaires ---------- 227
2.3. Analyses statistiques ---------- 228
3. Résultats ---------- 229
3.1. Analyses descriptives et comparatives ---------- 229
3.2. Analyses causales ---------- 236
4. Discussion ---------- 248
5. Bibliographie succincte de l'étude ---------- 250

ÉTUDE 5 ---------- **251**
1. Introduction ---------- 253
2. Méthode ---------- 255
2.1. Population ---------- 255
2.2. Questionnaires ---------- 255
2.3. Analyses statistiques ---------- 256
3. Résultats ---------- 256
3.1. Analyses descriptives et comparatives ---------- 256
3.2. Analyses causales ---------- 259
4. Discussion ---------- 274
5. Bibliographie succincte de l'étude ---------- 276

PARTIE 4 ---------- **279**

CHAPITRE 8. DISCUSSION ---------- **281**

1. Discussion des principaux résultats ---------- 283
1.1. Chapitre 6 : La santé mentale au travail des FAPC ---------- 285
1.2. Chapitre 7 : Etude de la santé mentale au travail des couples dont la femme a un passé de cancer : approche dyadique et comparative ---------- 297
2. Apports et limites de ce travail de thèse ---------- 305
2.1. Apports ---------- 305
2.2. Limites ---------- 306
3. Perspectives ---------- 306

CONCLUSION ---------- **309**

REFERENCES ---------- **311**

ANNEXES ---------- **344**

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1. Critères d'inclusion et de non-inclusion des groupes clinique et contrôle 102

Tableau 2. Coefficients alpha de Cronbach pour l'ensemble des échelles (FAPC et FSPC).... 115

Tableau 3. Coefficients alpha de Cronbach pour l'ensemble des échelles 116

Tableau 4. Statistiques descriptives par items de l'EER, étude 1 (n = 200) 135

Tableau 5. Test de satisfaction de sa relation conjugale : Moyennes et Écart Type (ET)..... 136

Tableau 6. Analyse factorielle confirmatoire multigroupes (hommes versus femmes), (n = 314) 140

Tableau 7. Analyse factorielle avec rotation Varimax 148

Tableau 8. Données sociodémographiques (FAPC et FSPC) 152

Tableau 9. Caractéristiques médicales (FAPC)..... 153

Tableau 10. Caractéristiques professionnels liées au cancer (FAPC) 154

Tableau 11. Test de Student (FAPC / FSPC, n = 188)..... 164

Tableau 12. Taux de prévalence manifestations anxieuses et dépressives en % (FAPC et FSPC, n = 188) 165

Tableau 13. Analyses corrélationnelles (FAPC, n = 88)..... 166

Tableau 14. Analyses corrélationnelles (FSPC, n = 100) 166

Tableau 15. Régressions hiérarchiques Burnout global (FAPC, n = 88) 168

Tableau 16. Régressions hiérarchiques Fatigue Physique (FAPC, n = 88)..... 169

Tableau 17. Régressions hiérarchiques Epuisement émotionnel (FAPC, n = 88)..... 170

Tableau 18. Régressions hiérarchiques Lassitude cognitive (FAPC, n = 88) 171

Tableau 19. Régressions hiérarchiques Burnout global (FSPC, n = 100)..... 172

Tableau 20. Régressions hiérarchiques Fatigue Physique (FSPC, n = 100) 173

Tableau 21. Régressions hiérarchiques Epuisement émotionnel (FSPC, n = 100) 174

Tableau 22. Test de Student (FAPC / FSPC, n = 188)..... 190

Tableau 23. Analyses corrélationnelles (FAPC, n = 88) 191

Tableau 24. Analyses corrélationnelles (FSPC, n = 100) 192

Tableau 25. Régressions hiérarchiques Bien-être psychologique au travail global (FAPC / FSPC, n = 188) 193

Tableau 26. Régressions hiérarchiques Adéquation Interpersonnelle au travail (AIT) (FAPC / FSPC, n = 188) 194

Tableau 27. Régressions hiérarchiques Epanouissement dans le travail (FAPC / FSPC, n = 188) 194

Tableau 28. Régressions hiérarchiques Sentiment de compétence au travail (FAPC / FSPC, n = 188) 195

Tableau 29. Test de Student (FAPC / FSPC, n = 188) 205

Tableau 30. Analyses corrélationnelles (FAPC, n = 88) 206

Tableau 31. Analyses corrélationnelles (FSPC, n = 100) 207

Tableau 32. Rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout 209

Tableau 33. Données sociodémographiques (FAPC vs HAPC, FSPC vs HSPC) 218

Tableau 34. suite : Données sociodémographiques (FAPC vs HAPC, FSPC vs HSPC) 219

Tableau 35. Données sociodémographiques (FAPC vs FSPC, HAPC vs HSPC) 220

Tableau 36. Caractéristiques médicales (FAPC) 222

Tableau 37. U de Mann-Whitney pour les couples du groupe clinique et contrôle (FAPC/HAPC et FSPC/HSPC) 234

Tableau 38. Taux de prévalence manifestations anxieuse et dépressive en % (FAPS, HAPC, FSPC, HSPC n = 240) 235

Tableau 39. Estimation des paramètres du modèle 1 chez les couples du groupe clinique – analyses par bootstrap 242

Tableau 40. Estimation des paramètres du modèle 1 chez les couples du groupe contrôle – analyses par bootstrap 242

Tableau 41. Estimation des paramètres du modèle 2 chez les couples du groupe clinique – analyses par bootstrap 245

Tableau 42. Estimation des paramètres du modèle 2 chez les couples du groupe contrôle – analyses par bootstrap 245

Tableau 43. Comparaison entre les deux groupes modèle 1 RAS-MAD-BO – analyses PLS-MGA 247

Tableau 44. Comparaison entre les deux groupes modèle 1 RAS-MAD-BO – analyses PLS-MGA 247

Tableau 45. U de Mann-Whitney (FAPC/HAPC et FSPC/HSPC) 258

Tableau 46. Estimation des paramètres du modèle 3 – analyses par bootstrap..... 265

Tableau 47. Estimation des paramètres du modèle 4 – analyses par bootstrap..... 268

Tableau 48. Estimation des paramètres du modèle 5 – analyses par bootstrap..... 271

Tableau 49. Comparaison entre les deux groupes modèle 3 – analyses PLS-MGA 273

Tableau 50. Comparaison entre les deux groupes modèle 4 – analyses PLS-MGA 274

Tableau 51. Comparaison entre les deux groupes modèle 5 – analyses PLS-MGA 274

INDEX DES FIGURES

Figure 1. Schéma de l'anatomie du sein 11

Figure 2. Représentation des cinq composantes du bien-être psychologique. 37

Figure 3. Scores médians de burnout global - FAPC et FSPC..... 161

Figure 4. Scores médians de la Fatigue Physique - FAPC et FSPC..... 161

Figure 5. Scores médians de l'Épuisement Emotionnel – FAPC et FSPC..... 161

Figure 6. Scores médians de la Lassitude Cognitive - FAPC et FSPC 161

Figure 7. Scores médians du conflit Vie professionnelle- vie privée – FAPC et FSPC 162

Figure 8. Scores médians de la charge de travail – FAPC et FSPC 162

Figure 9. Scores médians des manifestations dépressives – FAPC et FSPC 162

Figure 10. Scores médians des manifestations anxieuses – FAPC et FSPC 162

Figure 11. Effet de modération Conflit VPvp et humeur anxieuse → Burnout global FAPC.. 175

Figure 12. Effet de modération Conflit VPvp et humeur anxieuse → Fatigue physique FAPC 176

Figure 13. Effet de modération Conflit VPvp et humeur anxieuse → Épuisement émotionnel FAPC..... 177

Figure 14. Scores médians du Bien-être Psychologique au Travail– FAPC et FSPC..... 187

Figure 15. Scores médians de l'Adéquation Interpersonnelle au Travail- FAPC et FSPC..... 187

Figure 16. Scores médians de l'Épanouissement au Travail..... 188

Figure 17. Scores médians du Sentiment de Compétence au Travail - FAPC et FSPC..... 188

Figure 18. Scores médians d'Auto-efficacité – FAPC et FSPC..... 188

Figure 19. Scores médians d'Optimisme – FAPC et FSPC 188

Figure 20. Scores médians de Détachement Psychologique du Travail – FAPC et FSPC 189

Figure 21. Représentation du rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout..... 208

Figure 22. Représentation du rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout..... 209

Figure 23. Scores médians du Burnout global - FAPC et HAPC 229

Figure 24. Scores médians de l'Adéquation interpersonnelle au travail - FAPC et HAPC 229

Figure 25. Scores médians de l'Epanouissement au travail - FAPC et HAPC 229

Figure 26. Scores médians du Sentiment de compétence au travail - FAPC et HAPC 229

Figure 27. Scores médians des manifestations dépressives - FAPC et HAPC 230

Figure 28. Scores médians des manifestations anxieuses - FAPC et HAPC 230

Figure 29. Scores médians du détachement psychologique du travail – FAPC et HAPC 230

Figure 30. Scores médians de la satisfaction de sa relation de couple - FAPC et HAPC 230

Figure 31. Scores médians de la satisfaction de vie - FAPC et HAPC 231

Figure 32. Scores médians du Burnout global - FSPC et HSPC 231

Figure 33. Scores médians de l'Adéquation interpersonnelle au travail - FSPC et FSPC 231

Figure 34. Scores médians de l'Epanouissement au travail - FSPC et HSPC 231

Figure 35. Scores médians du Sentiment de compétence au travail - FSPC et HSPC 231

Figure 36. Scores médians des manifestations dépressives - FSPC et HSPC 232

Figure 37. Scores médians des manifestations anxieuses - FSPC et HSPC 232

Figure 38. Scores médians du détachement psychologique du travail 232

Figure 39. Scores médians de la satisfaction de sa relation de couple - FSPC et HSPC 232

Figure 40. Scores médians de la satisfaction de vie - FSPC et HSPC 232

Figure 41. Modèle 1 RAS-MAD-BO 238

Figure 42. Modèle 2 RAS-DET-SV-BEPT 239

Figure 43. RAS-MAD-BO au sein des FAPC 240

Figure 44. RAS-MAD-BO au sein des HAPC 240

Figure 45. RAS-MAD-BO au sein des FSPC 241

Figure 46. RAS-MAD-BO au sein des HSPC 241

Figure 47. RAS-DET-SV-BEPT au sein des FAPC 243

Figure 48. RAS-DET-SV-BEPT au sein des HAPC 243

Figure 49. RAS-DET-SV-BEPT au sein des FSPC 243

Figure 50. RAS-DET-SV-BEPT au sein des HSPC 243

Figure 51. Scores médians d'auto-efficacité - FAPC et HAPC 257

Figure 52. Scores médians d'optimisme - FAPC et HAPC 257

Figure 53. Scores médians d'auto-efficacité - FSPC et HSPC 257

Figure 54. Scores médians d'optimisme - FSPC et HSPC..... 257

Figure 55. Modèle 3 MAD-BO..... 260

Figure 56. Modèle 4 R-BEPT 261

Figure 57. Modèle 3 Res-BO 262

Figure 58. Manifestations anxio-dépressives - Burnout (MAD-BO) au sein des couples APC 263

Figure 59. Manifestations anxio-dépressives - Burnout (MAD-BO) au sein des couples SPC 264

Figure 60. Ressources (optimisme et auto-efficacité) - BEPT (Res-BEPT) au sein des couples APC..... 266

Figure 61. Ressources (optimisme et auto-efficacité) - BEPT (Res-BEPT) au sein des couples SPC 267

Figure 62. Ressources (optimisme et auto-efficacité) - Bunout (Res-BO) au sein des couples APC..... 269

Figure 63. Ressources (optimisme et auto-efficacité) - Bunout (Res-BO) au sein des couples SPC 270

GLOSSAIRE DES SIGLES

AFC : Analyse Factorielle Confirmatoire

AFE : Analyse Factorielle Exploratoire

AIT : Adéquation Interpersonnelle au travail

AMOS : Analysis of Moment Structures

BEPT : Bien-Etre Psychologique au Travail

CFI : Comparative Fit Index

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

EDT : Épanouissement Dans le Travail

FAPC : Femmes Avec Passé de Cancer

FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le *C*ancer

FSPC : Femmes Sans Passé de Cancer

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAPC : Homme dont la femme A un Passé de Cancer

HSPC : Homme Sans Passé de Cancer

INCa : Institut National du Cancer

KMO : Kaiser-Meyer-Olkin

MBCT : Mindfulness Based Cognitive Therapy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLS : Partial Least Square

PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles

RDT : Reconnaissance Dans le Travail

RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation

SCT : Sentiment de Compétence au Travail

SMBM : Shirom Melamed Burnout Measure

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

SRMR : Standardized Root Mean Square Residual

VET : Volonté d'Engagement Dans le Travail

VPvp : Vie Professionnelle-vie privée

INTRODUCTION

En France, en 2017, 58968 nouveaux diagnostics de cancer du sein ont été posés. Ce type de cancer est le plus fréquent chez la femme et représente un véritable enjeu de santé publique. Grâce aux progrès thérapeutiques et à un dépistage de plus en plus précoce, le taux de survie atteint les 76% à 10 ans. Près de 20% des cancers du sein concernent des femmes de moins de 50 ans, ces dernières étant encore en âge de travailler au moment du diagnostic (INCa, 2018). Ainsi, les professionnels de santé sont de plus en plus amenés à accompagner ces femmes vers un maintien et/ou un retour à l'activité professionnelle. Cette problématique est d'ailleurs l'une des priorités du Plan cancer 2014-2019.

La littérature a montré que le travail est important pour tout individu. Chez certaines personnes touchées par la maladie, il revêt un sens particulier signant le retour à « *une vie normale* » (Wells, Williams, Firnigl, Lang, Coyle, Kroll et MacGillivray, 2013). L'activité professionnelle serait associée à la qualité de vie des patients (Lee, Kang, Lee et Lee, 2017 ; Tamminga, Verbeek, de Boer, Frings-Dresen et van der Bij, 2013) et contribuerait à leur identité sociale et personnelle (Wells et al., 2013). Les études concernant la vie professionnelle des femmes concernées ou ayant été concernées par cancer du sein s'intéressent principalement aux freins et aux leviers du maintien et/ou du retour au travail. Cependant, à notre connaissance, peu de données sur la santé mentale au travail sont disponibles durant la phase des traitements et dans l'après-cancer. Pourtant, dans la maladie chronique en générale, il a été montré que les individus sont davantage en souffrance dans la sphère professionnelle. De plus, ces femmes vont, pour la plupart, travailler encore de nombreuses années après l'annonce du diagnostic.

En outre, le cancer du sein ne concerne pas uniquement la personne touchée, mais également son environnement familial et particulièrement son conjoint si elle est en couple (Li et Loke, 2014). La survenue de la maladie aura des répercussions pour le compagnon à la fois sur sa vie familiale, mais également sociale et professionnelle. La

littérature a montré que durant la phase des traitements, le conjoint est une ressource pour la femme souffrant d'un cancer du sein. Il est à ce titre son interlocuteur privilégié (Segrestan-Crouzet, 2010). Néanmoins, dans le contexte du travail dans l'après-cancer, l'impact et le vécu du conjoint n'a pas été étudié.

Ainsi, ce travail de thèse a un double objectif. Il s'agira tout d'abord d'étudier la santé mentale au travail des femmes ayant un passé de cancer du sein en ayant recours à une approche comparative avec un groupe contrôle. Le second objectif s'intéresse au couple et à la santé mentale au travail de chacun de ses membres en ayant recours à une approche dyadique et comparative.

Ce document s'articule en quatre parties divisées en plusieurs chapitres.

La partie 1 comprend deux chapitres. Le premier aura pour but de présenter l'état des lieux de la littérature scientifique actuelle quant au retour au travail après un cancer. Il abordera également la santé mentale au travail de façon globale, les stresseurs et les ressources qui peuvent l'influencer. Enfin, la question du couple et plus particulièrement dans le contexte du cancer sera explorée. Le chapitre 2 présentera la problématique et les hypothèses inhérentes à ce travail de thèse.

La seconde partie concerne la méthodologie (chapitre 3) en termes d'informations relatives au design général, à la population, aux instruments de mesure, à la procédure et aux analyses des données. Le chapitre 4 présentera les analyses préalables aux traitements des données et le chapitre 5 rendra compte de l'adaptabilité de l'échelle relative à la satisfaction de sa relation de couple en français.

Une troisième partie présentera les résultats obtenus en deux chapitres (chapitre 6 et 7). Le chapitre 6 étudie la santé mentale au travail des femmes ayant eu un cancer du sein en adoptant une approche comparative avec une population contrôle. L'étude 1 visera à identifier les stresseurs influençant le burnout. L'étude 2 s'intéressera aux ressources mobilisées afin d'éprouver un bien-être psychologique au travail (BEPT). Enfin, la troisième étude cherchera à mettre en évidence le rôle médiateur de trois des composantes du BEPT dans la relation entre la charge de travail et le burnout. Le chapitre 7 sera dévolu à la santé mentale au travail des couples dont la femme a eu un passé de cancer. Une approche à la fois dyadique et comparative

sera adoptée. L'étude 4 tentera d'identifier si la satisfaction de la relation au conjoint influe le burnout d'une part et le BEPT d'autre part chez chacun les conjoints au sein de chaque groupe. Enfin, l'étude 5 visera à mettre en évidence des relations d'interdépendance entre les partenaires concernant l'influence des manifestations anxieuses et dépressives ou des ressources personnelles sur la santé mentale au travail.

Pour finir, la quatrième partie proposera une discussion générale de l'ensemble des études présentées, mais aussi des implications théoriques et pratiques. Les apports et limites de ce travail de thèse et enfin les perspectives de recherches seront ensuite présentés.

Partie 1

Chapitre 1. État de la question

Chapitre 2. Problématique et hypothèses

Chapitre 1 - État de la question

1. Le cancer du sein
2. Le retour au travail après un cancer du sein
3. La santé mentale au travail
4. Les stresseurs relatifs à la vie professionnelle
5. Les ressources
6. Les ressources relatives au couple

1. Le cancer du sein

Le cancer est une problématique de santé publique du fait de son incidence. Les pouvoirs publics s'intéressent à cette question comme en témoigne les divers plans cancer qui se succèdent. Chez la femme, le cancer du sein se situe au premier rang des cancers féminins.

1.1. Contexte épidémiologique

En France, 400 000 nouveaux diagnostics de cancer ont été posés en 2017. Nous dénombrons ainsi, 214 000 nouveaux cas l'homme et 186 000 chez la femme. Cette incidence tend à augmenter du fait du vieillissement de la population et des progrès quant à la prévention et au dépistage (Institut National du cancer, 2018). Chez les hommes les cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du côlon-rectum. Chez la femme il s'agit du cancer du sein, du côlon-rectum et du poumon. Le nombre de décès s'élève à 150 000 pour cette même année. La mortalité a diminué entre 1980 et 2012 grâce à des diagnostics plus précoces et à des traitements plus efficaces. Ainsi, entre 2005 et 2012, ce taux a diminué de 2,9% chez les hommes et de 1,4 % chez les femmes (INCa, 2018). Ces progrès ont ainsi permis d'augmenter le taux de survie des patients permettant aujourd'hui à bon nombre de ces personnes de connaitre une rémission, voire une guérison (de Blasi, Bouteyre et Rollin, 2011).

En France, le cancer du sein se situe au premier rang des cancers incidents chez la femme. Ainsi, il représente 31,2% des diagnostics. 58968 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en 2017(INCa, 2018). On estime le nombre de décès à 11883 cette même année. Le cancer du sein représente 18.2% des décès par cancer chez la femme (INCa, 2018). Il peut survenir chez l'homme, mais il reste 200 fois plus fréquent chez la femme (Segrestan-Crouzet, 2010). L'âge médian d'incidence est estimé à 63 ans en 2012 contre 61 ans en 2005 (Leone et al., 2015). Le taux d'incidence tend à diminuer de 1.5% par an en moyenne entre 2005 et 2012 (INCa, 2018). Là aussi, grâce aux progrès thérapeutiques et à un dépistage de plus en plus adapté, le taux de survie atteint les 76% à 10 ans. Ainsi, le taux de mortalité diminue de 1.5% en moyenne par an entre

2005 et 2012 (INCa, 2018). Cependant, une femme sur dix sera touchée par cette maladie au cours de sa vie. La prévalence des cancers du sein dans la population française demeure toujours un problème de santé publique majeur (Segrestan-Crouzet, 2010).

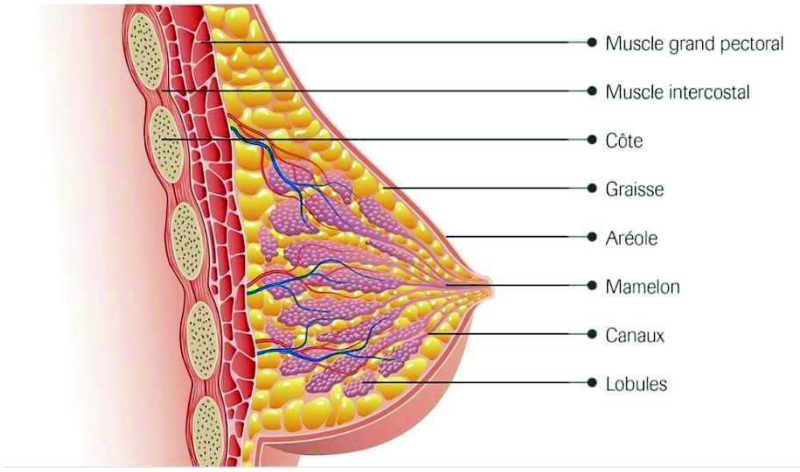
1.2. Le sein

Avant de nous intéresser davantage aux dimensions psychologiques induites par le cancer du sein, il nous est paru important de faire un bref rappel sur cette maladie.

1.2.1. Anatomie du sein

Le sein est constitué d'une glande mammaire qui est composée d'une vingtaine de compartiments séparés par du tissu graisseux. Il a à la fois une fonction biologique, par la production de lait et l'allaitement du nouveau-né, et fonction sexuée c'est-à-dire de séduction et de féminité participant à l'image que la femme a de son corps. Chaque compartiment est constitué de lobules et de canaux. Ainsi, les lobules produisent le lait en période d'allaitement et les canaux transportent le lait vers le mamelon. Les hormones sexuelles (l'œstrogène et la progestérone) influencent ces phénomènes. Il est également constitué de tissus graisseux et de tissus conjonctifs dits « de soutien » (Encha-Razavi et Escudier, 2012) (Figure 1).

Figure 1. Schéma de l'anatomie du sein



1.2.2. Le système lymphatique du sein

Le sein contient de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques. Ces derniers acheminent la lymphe jusqu'à des ganglions lymphatiques entourant la zone mammaire. Le réseau des vaisseaux et ganglions lymphatiques est très important et fait partie du système lymphatique qui a pour fonction de combattre les infections. On les retrouve à divers endroits et surtout au niveau de l'aisselle dans le creux axillaire, au-dessus de la clavicule et à l'intérieur du thorax (Encha-Razavi et Escudier, 2012).

1.3. Le cancer du sein

Un cancer est un développement incontrôlé de cellules qui sont dites « anormales » et qui forment une « tumeur maligne ». Ce processus de formation de la tumeur prend généralement plusieurs années.

La grande majorité des cancers du sein sont des « adénocarcinomes ». Ces cancers se développent dans la glande mammaire, à partir des cellules des canaux (cancer canalaire) ou des lobules (cancer lobulaire) (Segrestan-Crouzet, 2010). Globalement, il est possible de distinguer deux types de cancer (Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, 2007). Le premier correspond aux cancers dits non infiltrants, intracanalaires ou *in situ*. Les cellules cancéreuses demeurent au niveau des canaux galactophores ou des lobules. Deux distinctions peuvent là encore être

opérées : le carcinome canalaire in situ, le plus fréquent, et le carcinome lobulaire in situ, plus rare. Le second type de cancer fait référence aux cancers infiltrants où les cellules cancéreuses traversent la membrane des canaux et des lobules et infiltrent les tissus qui les entourent. De nouveau, nous pouvons distinguer deux types différents : le carcinome canalaire infiltrant, le plus courant et le carcinome lobulaire infiltrant qui ne représente que 10% des cas (FNCLCC, 2007).

Les symptômes les plus courants du cancer du sein sont la présence d'une masse dans le sein que les femmes détectent souvent par auto palpation ou lors d'une mammographie de dépistage. Il est également possible de citer la présence d'une masse à l'aisselle dans le creux axillaire, le changement de la taille ou de la peau du sein.

Les thérapeutiques sont ainsi dépendantes de la nature histologique des cancers. Pour les cancers non infiltrants le traitement local, à savoir la chirurgie et la radiothérapie, suffit généralement. Cependant, la prise en charge des cancers infiltrants nécessite souvent l'association des traitements locaux et des traitements généraux (chimiothérapie et hormonothérapie) (Segrestan-Crouzet, 2010).

1.4. Facteurs de risque du cancer du sein

Malgré les progrès de la recherche qui ont permis de mieux connaitre les mécanismes de développement des cancers, les causes ne sont toujours pas connues. Néanmoins, plusieurs facteurs de risque peuvent être cités (FNCLCC, 2007 ; Segrestan-Crouzet, 2010) :

- L'âge est un facteur très important. L'incidence augmente régulièrement à partir de 30 ans. 75% des cas surviennent chez des femmes de plus de 50 ans. Pour cette raison, des dépistages sont organisés dès 50 ans.
- Les individus de sexe féminin sont également plus à risque. Il s'agit d'ailleurs d'un cancer quasi exclusivement féminin.
- Les facteurs hormonaux peuvent également représenter un facteur de risque. Les règles précoces (avant 12 ans) et une ménopause tardive (après 50 ans) en font partie. De plus, ne pas avoir eu de grossesse ou une première grossesse tardive (après 40 ans) constituent également un facteur de risque. Nous pouvons

également citer les traitements hormonaux substitutifs (THS) de la ménopause prescrit pendant plus de 10 ans.

- Les antécédents familiaux matri- ou patrilinéaire augmente le risque de développer un cancer du sein. Actuellement que 5 à 10% des cancers du sein sont d'origine familiale.
- Une consommation exagérée d'alcool, de sucres et de graisses d'origine animale ainsi que l'obésité sont également à noter dans les facteurs de risque.

Parallèlement certains facteurs protecteurs ont pu être mis en évidence comme le nombre de grossesses, un allaitement prolongé, une alimentation variée et équilibrée et une activité physique régulière.

Il est très important de souligner que certaines femmes qui présentent ces facteurs de risque ne seront jamais atteintes d'un cancer du sein alors que d'autres qui n'en ont aucun seront touchées.

La question de l'emploi se pose de plus en plus aujourd'hui. En effet, près de 20% des cancers du sein se développent avant 50 ans (INCa, 2018). Ainsi, du fait des progrès du dépistage et de la prise en charge et malgré que l'incidence de cette maladie augmente avec l'âge, près de la moitié des femmes souffrant d'un cancer sont encore en âge de travailler, l'âge de la retraite étant aujourd'hui de 68 ans.

2. Le retour au travail après un cancer

La reprise de l'activité professionnelle signe pour beaucoup l'espoir d'un retour à la vie normale. Williams Kroll, Wells, Wells, Lang, Williams et MacGillivray (2013) ont même parlé d'aspect « vital » pour rétablir la normalité. L'individu exprime avoir le sentiment de « se débarrasser de sa maladie ». Les études ont montré que le travail est également associé à la qualité de vie des patients (Lee, Kang, Lee et Lee, 2017 ; Tamminga, Verbeek, de Boer, Frings-Dresen et van der Bij, 2013). Il permettrait une diminution de l'isolement social, de l'ennui et contribuerait à l'amélioration de l'estime de soi. Il serait une aide pour retrouver son identité (Williams et al., 2013). Mais cette étape de retour à l'emploi n'est pas toujours synonyme de retour à la vie normale. En

effet, les individus peuvent être confrontés à de nombreux freins, induits par la maladie, qui vont entraver cette reprise.

2.1. Épidémiologie du retour et/ou du maintien dans l'emploi

En France, peu de données concernant l'influence du cancer sur le travail sont disponibles jusqu'en 2004 (Asselain et al., 2011). Depuis, et certainement du fait que cette question de l'emploi soit soulevée par les plans cancers, des études ont été effectuées apportant des réponses plus précises.

2.1.1. Etude « La vie deux ans après le diagnostic du cancer » (2004)

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a réalisé une enquête en 2004 où elle tente de faire un état des lieux des problématiques rencontrées par 4460 personnes bénéficiant de l'allocation longue maladie, deux ans après le diagnostic de cancer. Cette enquête intitulée « La vie deux ans après le diagnostic de cancer », nous a apporté des données quant à leur situation professionnelle. Si l'on considère les actifs au moment du diagnostic, deux ans après, 67 % étaient toujours en emploi (65 % des hommes et 68 % des femmes). La majorité des patients travaillant au moment du diagnostic aurait donc repris leur activité professionnelle. De plus, 14 % étaient en arrêt maladie (16 % des hommes, 13 % des femmes), 6 % étaient au chômage, 3 % à la retraite (5 % des hommes, 3 % des femmes) et 10 % étaient des inactifs autres que retraités (9 % des hommes, 10 % des femmes). Parmi les actifs, 21 % n'ont jamais été en congés maladie et ont donc poursuivi leur activité professionnelle. 43 % des personnes ont conservé ou repris leur activité six mois après le diagnostic de cancer, 61 % après douze mois, 69 % à dix-huit mois et 77 % à vingt-quatre mois. L'enquête a indiqué que 23 % sont donc restés en congé maladie durant les deux ans.

Cette enquête a également mis en avant de fortes disparités socioprofessionnelles. Les agriculteurs semblaient être la population la plus touchée par la perte de leur activité. En effet, 45 % d'entre eux, qui étaient des actifs occupés, fin 2002, étaient toujours en emploi deux ans plus tard. La DRESS a également mis en

avant que 54 % des ouvriers, 68 % des employés, 72 % des cadres et des professions intellectuelles supérieures, 73 % des artisans, des commerçants et des chefs d'entreprise et 74 % des professions intermédiaires aient repris le travail deux ans après le diagnostic. Le type de pathologie a également une influence sur la situation professionnelle. Il était ainsi mentionné que les personnes atteintes d'un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) et des poumons n'étaient que 43 % à être maintenus dans l'emploi deux ans après le diagnostic. Ce taux s'est avéré être beaucoup plus bas que pour les autres localisations. La mortalité plus élevée et l'état de santé altéré étaient les principales causes de ces disparités.

L'enquête a également souligné que les difficultés économiques sont plus nombreuses pour les personnes ayant un passé de cancer. Un tiers des personnes interrogées a indiqué voir une diminution de leur revenu et parmi elles deux tiers en ont attribué la responsabilité à la maladie. Elles ont mis en avant des diminutions de leurs ressources, mais aussi davantage de freins pour accéder à des crédits. Ces difficultés sont majorées dans le cas où les personnes disposaient de revenus initialement bas ou lorsque le statut de l'emploi est moins protecteur. Globalement, les salariés du privé et les indépendants ainsi que les personnes déclarant avoir des séquelles plus graves estimaient que la diminution de leurs ressources est due en premier lieu au cancer.

Concernant leur ressenti, 18 % des personnes interrogées ont déclaré avoir fait l'objet d'attitudes discriminatoires de leur employeur dans les deux ans qui ont suivi le diagnostic de leur maladie. Ainsi, 43 % des personnes ayant déclaré avoir été victimes de discrimination, ont indiqué noter des pertes de responsabilités, 32 % des pertes d'avantages acquis, 31 % des réaménagements non sollicités dans les responsabilités, 24% des refus de promotion ou d'augmentation de rémunération, 21 % des rétrogradations, 12 % des aménagements horaires ou 8 % des mutations non demandées.

L'enquête a également mis en évidence des disparités entre les hommes et les femmes. Ainsi, en fonction de la nature du contrat de travail, l'effet n'était pas le même selon le sexe. Être fonctionnaire plutôt qu'avoir un CDI a réduit la probabilité de sortie d'emploi de 18 % chez les hommes contre uniquement 7 % chez les femmes. De plus, avoir un contrat plus précaire tel qu'un contrat à durée déterminée a augmenté de 20 % la probabilité de ne plus avoir d'emploi uniquement chez les femmes. Les hommes ne semblaient pas touchés. Concernant le traitement, il n'a pas eu d'influence quant à la

sortie d'emploi chez les hommes alors que pour les femmes la combinaison chirurgie-chimiothérapie-radiothérapie a augmenté de 7 % la sortie d'emploi. La reprise du travail après un congé maladie a révélé une fois de plus des différences en fonction du sexe. Ainsi, les hommes ont repris plus rapidement une activité professionnelle, et ce dans les six mois suivant le diagnostic. Pour les femmes, la reprise a été plus progressive et s'est faite progressivement dans les dix-huit mois. Cette différence a été expliquée en partie par le fait que les hommes avaient un salaire plus élevé que les femmes et étaient généralement la source principale de revenus du foyer. La pression à reprendre le travail plus rapidement serait donc plus forte. Les rôles sociaux impliquent également que les femmes doivent davantage concilier vie privée et vie professionnelle alors que les hommes doivent assurer la stabilité financière. L'enquête a également attesté que la catégorie socioprofessionnelle, le type de contrat et le fait d'avoir parlé de sa maladie dans son milieu professionnel ont pu avoir une influence sur la reprise du travail. Le statut a également joué un rôle, les femmes à leur compte, reprenant plus rapidement. Pour les hommes l'environnement professionnel a eu moins d'impact, voire pas du tout, confirmant ainsi le poids social et économique qui leur incombe. Ainsi pour les femmes les caractéristiques liées à l'emploi, au pronostic et aux séquelles de la maladie, mais aussi au traitement ont engendré une reprise plus progressive et différée dans le temps alors que pour les hommes seuls les caractéristiques de la maladie et de ses traitements ont semblé jouer un rôle dans le fait de reprendre son travail.

2.1.2. Etude « Répercussions du cancer sur la vie professionnelle » (2008)

Cette étude a été menée par l'Institut Curie et la Société de médecine du travail Ouest-Ile-de-France (SMTOIF) en 2008 et est venue compléter l'enquête menée par la DRESS. L'objectif était ici d'anticiper les difficultés rencontrées par les salariés en les évaluant au préalable et de proposer des solutions adaptées. 402 salariés (240 femmes et 162 hommes), ayant un cancer diagnostiqué en 2005 et 2006, ont participé à cette enquête. Quatre-vingt-deux médecins du travail ont collecté les données volontairement. La majorité des cancers était localisée au niveau du sein (36 %) et de la prostate (10 %).

Cette enquête a mis en évidence que 27 % des salariés ont maintenu leur activité professionnelle durant les traitements. La majorité d'entre eux ont ainsi bénéficié d'aménagements d'horaires (pour la moitié il s'agissait de l'établissement d'un mi-

temps thérapeutique) et/ou de poste. La moitié des participants ont repris le travail six mois après le diagnostic. Deux ans après le diagnostic, ils étaient 79 % à avoir repris une activité professionnelle (84 % de femmes et 73 % des hommes). 60 % ont repris leur ancien poste. Ces chiffres sont proches de ceux trouvés dans l'enquête de la DRESS, mais ont fait état de réalités différentes selon les localisations du cancer. Ainsi, ce taux s'élevait à 92 % chez les femmes souffrant du cancer du sein, 78 % pour les cancers de la prostate, 73 % pour les cancers colorectaux et 38 % pour ceux du poumon. Notons que cette étude a également mentionné que les femmes reprennent généralement le travail plus tardivement que les hommes. Les auteurs ont avancé ici que cette différence était due à la durée des traitements prolongée dans le cas du cancer du sein.

Concernant les aménagements, ils étaient 61 % à avoir pu en bénéficier lors de la reprise. La visite pré-reprise semblait favoriser l'instauration de tels changements. Un quart des salariés a indiqué avoir connu un changement de poste lié à sa maladie.

Globalement, la majorité des personnes interrogées était satisfaite par son travail (88 %). 79 % estimaient que la charge de travail qui leur incombait était adaptée. Cependant, cette enquête a mis en évidence que 52 % trouvaient leur emploi fatigant et 64 % stressants.

Cette étude a également montré que la discrimination restait présente. En effet, 20 % d'entre eux indiquaient avoir été pénalisés dans leur emploi. Les principaux faits mentionnés étaient la perte de responsabilités (16 %), le refus de promotion (9 %), une rétrogradation (8%) ou le sentiment de devoir davantage faire ses preuves (8 %).

Les motivations à reprendre le travail étaient essentiellement d'ordre économique pour près de 63 % des personnes interrogées puis venait le « besoin de rester dans la vie active » pour 57 %. Ici les femmes accordaient plus d'importance aux raisons financières que les hommes (50 % des femmes les jugeaient essentielles contre 30 % des hommes).

Les auteurs ont procédé à une analyse multivariée afin de proposer une « typologie des situations de retour à l'emploi ». Quatre groupes ont été mis en évidence. Dans le premier les individus se sentaient particulièrement pénalisés ; le second caractérisait les personnes atteintes de séquelles physiques et psychologiques ; le troisième concernait les salariés qui jugeaient leur travail stressant et fatigant, mais n'envisageaient pas de le quitter ; et enfin le dernier groupe ou aucun problème

particulier n'a été indiqué. La réintégration dans leur milieu professionnel a été sujette à moins de difficultés pour ces deux derniers groupes.

2.1.3. Etude « La vie après le cancer à deux ans après le diagnostic » (2012) : VICAN 2

Cette recherche, conduite par l'Institut national du cancer (INCa) et l'Inserm, concerne 4349 personnes et a été menée en 2012. Elle rendait ainsi compte des conditions de vie des personnes souffrant de cancer. L'INCa a ainsi souhaité renouveler l'enquête réalisée une première fois en 2004 sous la direction de la DRESS.

Cette recherche a mis en évidence, entre autre, que le cancer a eu des conséquences sur la vie professionnelle. En effet, au moment du diagnostic huit personnes sur dix occupaient un emploi. Ils n'étaient plus que six sur dix deux ans après. Ces chiffres étaient semblables à ceux mis en évidence lors de la première étude et à ceux trouvés au Royaume-Uni ou au Danemark. 11 % de la population interrogée était au chômage en 2012 soit quatre points de plus qu'en 2010. Les auteurs ont pu noter de fortes disparités quant aux facteurs associés à la perte d'emploi. En effet, les personnes faisant partie d'une catégorie socioprofessionnelle (CSP) dite d'exécution, les plus jeunes et les plus âgés, celles qui étaient mariées et qui avaient un niveau d'étude inférieur au BAC avec des contrats précaires, mais aussi les individus exerçants dans les PME étaient les plus à risque. Ainsi, il a été mis en évidence que travailler en PME plutôt que dans une grande entreprise majorait le risque de perdre son emploi de 66 %. Une des explications avancées était la plus grande facilité à aménager le poste du salarié souffrant de cancer dans ce type de structure plus grande. Les personnes de CSP d'exécution étaient d'autant plus vulnérables que les séquelles faisant suite au traitement étaient importantes. Quelle que soit la CSP les aménagements de poste semblaient protecteurs de l'emploi ; bénéficier d'au moins un aménagement réduisait de 88 % la perte d'emploi.

Le type de cancer et sa gravité ont également eu des impacts sur les trajectoires professionnelles. Le taux de maintien dans l'emploi pour les cancers de bon diagnostic était de 74 % pour les métiers d'exécution et de 89% pour les métiers d'encadrement contre respectivement 28 % et 48 % pour ceux de mauvais diagnostics.

Concernant les discriminations perçues, elles semblaient être des freins à l'emploi. Elles pouvaient venir à la fois de l'employeur comme des collègues. La réinsertion professionnelle était rendue plus difficile si ces perceptions de discriminations atteignaient leur engagement professionnel. Des effets sur le long terme étaient alors évidents.

2.1.4. Etude « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer » (2018) : VICAN 5

L'Institut National du cancer a souhaité renouveler l'enquête VICAN 2 menée en 2012. En effet, une période de deux ans après le diagnostic ne semblait pas suffisante pour étudier les effets secondaires persistants pour la majorité des cancers. Ainsi, l'étude VICAN 5 a exploré l'état de santé, les séquelles et le suivi, les difficultés rencontrées au quotidien, mais aussi l'impact de la maladie et des traitements sur les ressources et l'emploi cinq après le diagnostic de cancer. L'objectif était ainsi de guider à la fois les pouvoirs publics et les acteurs engagés dans la lutte contre les cancers en mettant à jour les besoins des personnes touchées par cette maladie. Ainsi, les résultats ont montré que cinq après les difficultés subsistaient pour diverses facettes de la vie de ces personnes. 63.5 % des personnes souffraient de séquelles induites par le traitement ou la maladie elle-même. Les modifications de l'image du corps, les douleurs, la fatigue, les troubles moteurs ou de la vision et les troubles sexuels étaient les plus citées. De plus, 48.8 % des hommes et 52.6 % des femmes étaient limités dans leur activité physique. Ces limitations étaient moins fréquentes que deux ans après le diagnostic. Pourtant un large pourcentage d'individus était toujours concerné par ces difficultés. Les plus touchés étaient surtout les jeunes et les personnes confrontées à des difficultés professionnelles. La fatigue était donc fréquemment rapportée même cinq ans après le diagnostic. Ainsi, cette étude a mis à jour que 48.5 % des personnes souffraient d'une fatigue cliniquement significative. Ce résultat était similaire à celui observé dans VICAN 2. De plus, les femmes étaient plus touchées que les hommes (respectivement 56.6 % et 35.7 %). L'insertion professionnelle a pu être entravée par les douleurs (35.3 % d'entre elles sont de nature neuropathique). 73 % des personnes ont ressenti des douleurs au cours des quinze derniers jours. Ces difficultés altéraient l'ensemble des activités quotidiennes. De plus, 32.5 % des personnes ont rapporté une dégradation de la santé mentale. L'étude a rapporté que cette prévalence était proche de celle observée

deux ans après le diagnostic. Elle était cependant plus élevée chez les personnes confrontées à un cancer du col de l'utérus, des voies aérodigestives supérieures et de la thyroïde. Cinq après le diagnostic, 46.1 % des individus montraient des troubles anxieux et 16.8 % des troubles dépressifs.

Si l'on se centre davantage sur l'emploi à proprement parler, cette étude a évoqué que la situation professionnelle et la situation financière étaient durablement modifiées. Ainsi, 26.3 % des personnes ont vu leurs revenus diminuer. Un des résultats les plus marquants était que 20 % des personnes âgées entre 18 et 54 ans et en emploi au moment de l'annonce de la maladie ne travaillaient plus cinq ans après. Deux ans après le diagnostic, ils étaient 40 %. Parallèlement, la part de personnes au chômage a augmenté. En effet, 9.5 % des actifs étaient au chômage en 2015 contre 7.5 % cinq ans avant. Notons que dans la population générale, sur la même période, le taux était resté stable. Ainsi, la perte d'emploi concernait les moins de 40 ans et les plus de 50 ans, les personnes les moins diplômées, celles qui avaient un contrat précaire ou encore peu d'expérience, les individus qui avaient un métier dit d'exécution (agriculteurs) et les salariés plutôt que les indépendants. En somme, il s'agissait surtout des personnes les plus vulnérables sur le marché du travail. Cette étude nous a également informé que parmi les personnes qui étaient en emploi au moment du diagnostic, 54.5 % ont gardé le même emploi, 17.4 % en ont changé, 5.9 % étaient au chômage, 7.5 % en invalidité et 13 % à la retraite. Cinq après l'annonce de la maladie, 24 % travaillaient en temps partiel thérapeutique. Il survient en moyenne 17 mois après le diagnostic. Les femmes y ont eu plus fréquemment recours. L'aménagement des conditions de travail était souvent retrouvé. C'est le cas pour 62.7 % des personnes en emploi au moment du diagnostic. La majorité des personnes se disait satisfaite de ces changements. Notons que l'aménagement du temps de travail était la mesure la plus fréquente. Les femmes ont, une fois de plus, davantage eu recours à ces aménagements. C'était également le cas pour les salariés du secteur public, les personnes en contrat à durée indéterminée et celles qui travaillaient à temps plein. VICAN 5 a souligné également l'importance de deux dispositifs transitoires, à savoir l'arrêt maladie et le temps partiel thérapeutique, qui permettaient de gérer l'impact de la maladie. Ainsi, 77 % des personnes ont eu au moins un arrêt maladie d'un mois ou plus. En moyenne, cet arrêt a commencé six mois après le diagnostic et a duré environ dix mois. Le temps partiel thérapeutique pouvait être associé à une reprise d'emploi plus rapide. De plus, les personnes qui ont eu recours

à ce dispositif étaient le plus souvent en emploi cinq ans après le diagnostic (84.6 % contre 68 % pour celles qui n'en ont pas bénéficié). La baisse du taux d'emploi, chez les personnes atteintes d'un cancer, concordait avec une forte augmentation du taux d'invalidité qui est passé de 0.8% au diagnostic à 9.3 % cinq ans plus tard.

Globalement, la sortie de l'emploi constatée cinq ans après le diagnostic a eu lieu au cours des trois dernières années soulignant un effet sur le moyen terme de la maladie. Cet effet n'avait pas été perçu par l'enquête VICAN 2.

2.2. Les difficultés rencontrées lors de la reprise du travail après un cancer

La majorité des personnes ayant eu un cancer est donc de retour au travail et cette affirmation est d'autant plus vraie pour les femmes étant où ayant été confrontées à un cancer du sein. Même si avoir une activité professionnelle est souvent désiré, les individus peuvent connaitre des difficultés même plusieurs années après la fin des traitements.

2.2.1. Les limitations physiques

Le cancer induit irrémédiablement un nouveau rapport au corps engendré par la survenue de la maladie et les conséquences des traitements.

La fatigue est un élément souvent rapporté par les personnes ayant été traitées pour un cancer (Molina et Feliu, 2013). Le *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) parle de fatigue liée aux cancers (cancer-related fatigue) et la distingue de celle ressentie par un individu en bonne santé. Ils en donnent une définition spécifique : « un sentiment inhabituel et persistant de fatigue liée au cancer ou aux traitements anticancéreux qui interfère avec le fonctionnement habituel de la personne » (Berger et al., 2010). Cette fatigue spécifique est décrite comme « disproportionnée au regard de l'activité récente, et non soulagée par le repos ou le sommeil ». (INCa, 2017). Elle a des conséquences sur la vie quotidienne du patient pendant les traitements, mais également après. Elle altère les capacités fonctionnelles (musculaire, cardiorespiratoire…) mais

affecte également la participation sociale et la perception de soi (INCa, 2018 ; INCa, 2014 ; Berger et al., 2010). Ainsi, après le traitement et à la reprise de l'activité professionnelle, ce sentiment de fatigue perdure. 61 % des salariés évoquaient une sensation de fatigabilité (Belin et al., 2010). Cette fatigue peut empêcher et altérer le retour au travail (Molina et Feliu, 2013 ; Tamminga et al., 2013). Il s'agit même d'après Lee, Kang, Lee, et Lee (2017) de la plus grosse barrière à la reprise de l'activité professionnelle. L'étude VICAN 5 a d'ailleurs souligné que cinq ans après le diagnostic la fatigue était toujours présente pour 48.5 % des personnes.

D'autres difficultés sont également rapportées. Selon Lee et al. (2017), 41 % avaient des troubles du sommeil, 14 % des douleurs chroniques et 21 % se disaient gênés dans leurs mouvements. Dans le cas spécifique des femmes ayant un cancer du sein, les manifestations physiques étaient dues aux traitements et à la chirurgie qui restait le traitement le plus fréquent. Des progrès ont été réalisés et l'opération se veut moins mutilante qu'auparavant (Asselain et al., 2011). Pourtant, elles exprimaient souvent des incapacités fonctionnelles dues à des difficultés d'élévation de leur bras successives au curage axillaire notamment. Des douleurs au niveau de la cicatrice pouvaient également être gênantes. Il était aussi rapporté des lymphœdèmes, de l'ostéoporose, des douleurs articulaires et des bouffées de chaleur liées à l'hormonothérapie (Asselain et al., 2011). Ces manifestations physiques ont eu des répercussions sur la vie professionnelle des salariés interrogés puisqu'un salarié sur cinq a indiqué faire son travail moins bien qu'avant, 40 % ont eu besoin de faire une pause au cours de la journée et un salarié sur 3 a connu des arrêts de courte durée (Belin et al., 2010).

2.2.2. Les limitations psychologiques et cognitives

L'étude des répercussions du cancer sur la vie professionnelle (Belin et al., 2010) a également rapporté que 33 % des salariés avaient des troubles cognitifs notamment des troubles de mémoire et de concentration dans les deux ans qui suivaient le diagnostic. Un trouble cognitif peut être défini comme un abaissement des fonctions cognitives évaluées au cours des tests neuropsychologiques. Il peut concerner une ou plusieurs fonctions cognitives (Lapalus, Bousquet et Paquet, 2014). Plus spécifiquement, les patientes souffrant d'un cancer du sein ont rapporté de nombreux

effets secondaires tels que la fatigue, une fragilité thymique, un abaissement de la qualité de vie et des plaintes cognitives. Il n'existe pas de consensus dans la littérature quant à l'existence de troubles cognitifs consécutifs au vécu de la maladie et aux traitements notamment par chimiothérapie. Cependant, de nombreuses patientes ayant un cancer du sein rapportent une plainte cognitive. Schagen, Das et van Dam, (2009) ont expliqué que l'absence de troubles cognitifs objectivés par des tests neuropsychologiques pouvait être imputable au fait que ces derniers sont peu écologiques et ne sont pas le reflet de la vie quotidienne de ces femmes. De plus, ces auteurs ont avancé que la médiatisation de la possible existence de troubles cognitifs induits par la chimiothérapie pourrait influencer la perception des patientes. Hermelink et al. (2007) a évoqué qu'un stress intense dû à l'annonce et au vécu de la maladie peut être à l'origine de ces plaintes. Pourtant, de nombreuses études ont fait état de l'existence de troubles cognitifs et notamment concernant la mémoire verbale, la mémoire non verbale, les fonctions exécutives, la vitesse de traitement, les capacités visuospatiales, l'apprentissage verbal et la dextérité motrice (Lapalus, Guilhem et Paquet, 2014). Ces études ont également mis en avant que ces troubles ne sont pas induits par la dépression ou l'anxiété, comme cela est souvent avancé, mais seraient la conséquence de la chimiothérapie. Ruiter (2011) a conclu dans une étude qu'une chimiothérapie à haute dose est associée à une atteinte cognitive à long terme. Ainsi, Lapalus, Guilhem et Paquet (2014) ont souligné que même en l'absence de consensus cette plainte pourrait être le reflet d'une véritable atteinte neurologique et il conviendrait donc de la prendre en considération. Un bilan neuropsychologique et un entretien clinique complet seraient nécessaires afin de mettre à jour d'éventuelles fragilités neuropsychologiques, mais également thymiques.

Certaines études ont également révélé de hauts scores d'anxiété et de dépression (évaluée par l'échelle HADs). Belin et al. (2010) ont comptabilisé dans leur étude que 29 % des salariés montrassent un score d'anxiété supérieur ou égal au seuil défini à 11 et 6 % un score de dépression au-delà ou égal au seuil de 11 également. Les auteurs ont souligné que dans une population de salariés du secteur tertiaire ce pourcentage était de respectivement 6 % et 3 %. Cependant, et comme nous allons le voir plus loin dans cette revue de littérature, les études ne sont pas unanimes quant à la présence ou non de taux de prévalence plus élevés que dans la population contrôle, pour les manifestations anxieuses et dépressives. Un autre indicateur largement mentionné est le recours aux

médicaments psychotropes. Ainsi, ces auteurs ont indiqué que, dans la population qu'ils ont interrogée, 38 % des salariés prenaient des médicaments psychotropes. La dépression est une importante comorbidité, elle doit être prise en compte et détectée pour tous les patients (Tamminga et al., 2013).

2.2.3. Autres difficultés rapportées

Après la phase de traitements, il est souvent difficile pour les patients de se centrer sur la reprise de leur activité professionnelle. Ces derniers ont du mal à déterminer quel est le bon moment. Ils peinent également à trouver suffisamment d'énergie pour concilier simultanément les tâches du quotidien telles que les tâches ménagères et le retour au travail (van Egmond et al., 2017).

Les employeurs expriment également des doutes quant aux capacités des employés traités pour cancer à répondre aux demandes de leur travail ajoutant des freins supplémentaires à une reprise sereine (van Egmond et al., 2017).

Les différents rapports mentionnés plus tôt rapportent ces difficultés et notamment le fait de se sentir discriminé dans son environnement de travail.

2.3. Un nouveau rapport au travail

La fin des traitements, la prise de distance avec le milieu médical peuvent faire naitre chez les individus un sentiment de vide et d'abandon (Bézy, 2013). Une nouvelle rupture qui fait écho à celle du diagnostic peut être exprimée. Les patients expriment, dans l'après-cancer, être dans un état d'entre-deux : ils ne se considèrent ni malades ni bien portants. Cette étape pourtant attendue et espérée n'apporte ainsi pas toujours l'apaisement imaginé. La possibilité d'une récidive demeure à l'esprit (Cavro, Bungener et Bioy, 2005). Le temps médical se distingue du temps psychique ; les symptômes ne sont plus présents, mais qu'en est-il du ressenti ?

La reprise de l'activité professionnelle après un cancer est donc une « étape particulière dans le parcours d'un patient » (Kimmel et Séailles, 2014). Elle s'inscrit dans une temporalité différente propre aux spécificités de cette maladie où chaque étape

soulève des questionnements et des remaniements à la fois sociaux et identitaires. Une modification des priorités de vie est souvent observée et elle impacte irrémédiablement à la fois la famille et le travail (Guittard, 2014). Le travail psychique, caractéristique de l'étape de rémission, a donc irrémédiablement des conséquences sur le retour au travail. Les personnes concernées peuvent se sentir isolées et rencontrer des difficultés relationnelles (de Blasi et al., 2011). La rupture biographique remet en cause « les choses qui allaient de soi » (Tarantini, Gallardo et Peretti-Watel, 2014). Les difficultés du retour à l'emploi sont alors liées, selon ces mêmes auteurs, à des discours ambivalents, signes d'une reconfiguration des rapports au travail. Chassaing et Waser (2010) ont mis en avant la volonté nouvelle des individus de concilier travail et santé, exigences productives et santé. Ces derniers vont ainsi se préoccuper de la préservation de leur santé à un âge où ils ne l'auraient pas forcément fait. Pour Lee et al. (2017) cette question devient une des priorités des femmes ayant été traitées pour un cancer du sein. Pour ces dernières, apprendre que l'on est touché par un cancer, conduit donc également à un changement des priorités et un réajustement de ses buts. Bien souvent et d'autant plus quand elles ont des enfants, l'identité de mère est plus importante que celle de travailleur (Lee et al., 2017).

Ainsi, la maladie altère la trajectoire professionnelle de la personne. Elle s'inscrit dans une trajectoire longue où Chassaing et Waser (2010) ont fait état d'une diminution des capacités, des pertes de savoirs professionnels et de discriminations. La reprise de l'activité professionnelle signe pour beaucoup de personnes la découverte de nouvelles incapacités, occasion de mesurer ce qui a changé (Chassaing et Waser, 2010). Certaines personnes se sont retrouvées bien souvent confrontées à des difficultés dues à des limitations physiques, mais aussi cognitives et psychologiques induites par le vécu de la maladie, mais aussi par les traitements, comme indiqué précédemment. Le retour à l'emploi peut ainsi être un élément important pour la réadaptation de la personne, mais il peut être également un passage délicat (Kimmel et Séailles, 2014).

Effectivement, l'activité professionnelle peut devenir un refuge afin d'éviter une élaboration mentale. Kimmel et Séailles (2014) ont souligné à ce propos la nécessité pour la personne d'élaborer d'un point de vue psychique l'évènement « cancer » pour permettre que certains freins soient levés (ambivalence, peur…). Oublier n'est pas forcément une chose favorable (Chassaing et Waser, 2010). Un travail de deuil des différentes pertes vécues est ainsi nécessaire. L'appréhension de la reprise constitue

d'ailleurs un facteur limitant au retour à l'emploi. De Blasi et al., (2011) ont ainsi mis en garde les patients et professionnels de santé quant à une reprise prématurée. Cette dernière peut engendrer un épuisement conduisant à un sentiment d'échec pouvant altérer la santé mentale au travail.

3. La santé mentale au travail

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un « état complet de bien-être [...] et pas seulement l'absence de maladie » alors que cette dernière dimension était prédominante (Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie, 2011). Ainsi, désormais, la santé doit comprendre à la fois l'absence d'états négatifs, mais aussi la présence d'états positifs (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Cette nouvelle vision a modifié l'appréhension du concept de santé psychologique. Le bien-être et la détresse psychologique ont été reconnus comme ses composantes principales (Gilbert et al., 2011 ; Stamate, Brunet et Savoie, 2015). Dans le domaine du travail, ce sont souvent la détresse psychologique et ses dérivés tels que le burnout, l'anxiété ou le stress qui ont été étudiés (Gilbert et al., 2011). Plus récemment, la dimension positive est appréhendée et intéresse à la fois les chercheurs et les professionnels de santé ou de l'entreprise (Dagenais-Desmarais et Privé, 2010). Cependant, à notre connaissance, ces questions n'ont pas encore été abordées dans le contexte du cancer. Pourtant, les personnes concernées sont confrontées à des difficultés spécifiques, comme nous avons pu le voir. Ainsi, suivant cette conception bidimensionnelle de la santé psychologique, les dimensions positive et négative ne seraient pas « deux pôles d'un même continuum, mais plutôt deux états distincts antinomiques interdépendants » (Gilbert et al., 2011). Il semble donc nécessaire de définir et prendre en compte à la fois la détresse psychologique, mais aussi le bien-être psychologique dans le domaine du travail.

3.1. Le burnout

Le travail est un acte important « porteur de sens et de valeurs, offrant des récompenses multiples à l'individu » (Proust, 2015). Pourtant, il peut également engendrer du stress, de l'anxiété, des troubles musculo-squelettiques et sur le long terme un burnout. Dans ce travail de thèse, nous utiliserons le terme de burnout en raison de son utilisation dans la littérature internationale.

Le burnout est un concept aux limites et à la définition encore floues qui se heurte à des amalgames avec d'autres termes. Ainsi, stress et burnout sont souvent confondus avec les risques psychosociaux alors qu'ils en seraient leur manifestation la plus connue (Carrier-Vernhet, 2012). Les risques psychosociaux sont définis comme « des aspects et caractéristiques du travail qui ont la capacité de provoquer de la souffrance physique ou psychosociale » (Carrier-Vernhet, 2012). Le burnout, lui, est une réponse à une exposition chronique à des agents stressants d'origine professionnelle (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). Ainsi, ce phénomène extrême, contrairement au stress, se développe sur le long terme. Carrier-Vernhet (2012) a indiqué que le burnout survient après une longue exposition au stress professionnel, lorsque l'individu ne parvient pas à trouver un nouvel équilibre. Schaufeli et Enzmann, (1998) ont souligné qu'il est difficile de se remettre du burnout.

Le mot « burnout » vient de l'anglais « to burn out » qui signifie « se consumer ». Ainsi, à l'origine, ce terme désignait par exemple l'état d'une bougie qui après avoir éclairé longtemps n'offrait plus qu'une faible flamme et s'éteignait progressivement (Truchot, 2016). Le concept de burnout n'est pas récent. Déjà en 1768 le Dr Tissot, médecin suisse, décrivait les méfaits de l'acharnement au travail (Zawieja, 2015). En 1959, Claude Veil, psychiatre, développait le concept de burnout (Cleach, 2014). Loretta Bradley, professeur et coordonnatrice des conseillers d'éducation de l'Université Technique du Texas, en 1969 fut la première personne à utiliser ce terme pour désigner un stress particulier lié au travail (Carrier-Vernhet, 2012). Le psychiatre Freudenberger a développé ce concept en 1974. Il a observé, dans son établissement hospitalier, un épuisement énergétique progressif chez les volontaires sociaux accompagnant des toxicomanes (Schaufeli, Leiter, et Maslach, 2009). Maslach et Jackson ont mené une étude qualitative en 1981 puis en 1984 et 1986 auprès de

population travaillant dans la relation d'aide. Ils ont ainsi identifié ce même phénomène (Carrier-Vernhet, 2012).

La littérature existante montre qu'il est difficile de donner une définition claire de ce concept. Schaufeli et Enzmann (1998) ont défini le burnout en combinant trois définitions qu'ils considéraient comme complémentaires et incontournables (Carrier-Vernhet, 2012). Il s'agit alors d'un « syndrome multidimensionnel qui conduit à un important épuisement physique, émotionnel et mental, affectant des individus normaux qui satisfont dans leur travail, mais qui sont exposés à des stresseurs sur une longue durée » (Schaufeli et Enzmann, 1998).

Au départ le burnout ne concernait que les populations travaillant dans la relation d'aide à autrui (Truchot, 2016). Progressivement, ce phénomène sera admis et décrit chez tout type de profession. La définition proposée par Maslach, Jackson et Leiter (1996) était alors la suivante : « une crise dans sa relation avec le travail, et pas nécessairement comme une crise dans sa relation avec les individus au travail ».

L'instrument de mesure le plus utilisé est le Maslach Burnout Inventory (MBI). Il a été élaboré par Maslach et Jackson (1986) pour mesurer ce phénomène dans les emplois liés à la relation d'aide. Il a été par la suite élargi à d'autres professions. L'utilisation massive de ce questionnaire a marqué la définition du burnout. Ainsi, ce phénomène est un syndrome tridimensionnel dont les dimensions constitutives correspondent aux dimensions relatives à l'échelle de mesure du MBI et sont les suivantes :

- L'épuisement émotionnel renvoie au fait que la personne est « vidée nerveusement, a perdu tout entrain, n'est plus motivée par son travail » (Truchot, 2004). Il s'agit ainsi d'une diminution des ressources conduisant à une baisse d'énergie physique chez l'individu et à une augmentation de la fatigue (Maslach et Jackson, 1981 ; Shirom et Melamed, 2006)
- La dépersonnalisation ou désengagement est, selon Halbesleben et Buckley (2004), la réponse qui découle de l'épuisement émotionnel. Elle correspond au processus au cours duquel l'individu se détache de son travail. Il adopte des attitudes impersonnelles, négatives, cyniques envers les clients ou les patients. On la considère comme une stratégie de coping (Truchot, 2004).

- Le manque d'accomplissement personnel ou diminution de l'efficacité personnelle correspond à la diminution perçue de ses capacités pour réaliser son travail (Carrier-Vernhet, 2012).

L'ordre d'apparition des phases du burnout n'est pas formellement établi. Des confusions demeurent. Shirom (2005) a avancé que la relation entre les phases qui composent le burnout est floue. Il a souligné le fait que les dimensions mesurées par le MBI sont en fait des variables indépendantes évaluant des phénomènes distincts. Ainsi le désengagement serait une stratégie de défense dont ont recours les individus face à la situation qu'ils vivent au travail. Shirom et Melamed (2006) ont indiqué il s'agirait davantage d'une conséquence du burnout plutôt qu'une de ses composantes. Ces auteurs ont alors proposé un nouvel instrument de mesure : le *Shirom Melamed Burnout Measure* (SMBM) qui se présente comme une instrumentation de la théorie de conservation des ressources (Hobfoll, 1989). Ainsi, le burnout est « un épuisement physique, émotionnel et cognitif résultant d'une diminution continue des ressources valorisées par l'individu du fait d'une exposition chronique à un stress professionnel » (Shirom et Melamed, 2006). Cette définition souligne qu'il s'agit d'une interaction entre l'individu et son environnement de travail sur le long terme. Concrètement le SMBM s'organise autour de trois dimensions, la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive, qui sont fortement corrélés (Sassi et Neveu, 2010).

La première dimension, la fatigue physique (FP) reprend une caractéristique du burnout repéré cliniquement. L'individu se sent las, montre de faibles niveaux d'énergie dans la réalisation de ses tâches au quotidien (Truchot, 2016). La seconde correspond à la notion la plus robuste du MBI, elle est commune à plusieurs mesures du burnout. Il s'agit de l'épuisement émotionnel (EpE) qui renvoie au fait que la personne se sent trop faible pour montrer de l'empathie à son entourage professionnel, qu'il s'agisse de ses collègues ou ses clients. De plus, elle manque d'énergie, ce qui est pourtant nécessaire pour s'investir dans une relation professionnelle (Truchot, 2016). Enfin la troisième dimension, la lassitude cognitive (LC), représente les « difficultés ressenties par l'individu à se concentrer et à mobiliser rapidement ses capacités intellectuelles » (Sassi et Neveu, 2010). Ainsi, selon ces mêmes auteurs, cet instrument de mesure présente l'avantage de mettre en avant les symptômes les plus importants de l'état d'usure professionnelle. De plus, il n'intègre aucune dimension susceptible d'être appréhendée

comme une stratégie de défense à la différence du MBI avec sa dimension de dépersonnalisation.

Pour Shirom (1989) la théorie de conservation des ressources est particulièrement pertinente pour décrire comment le stress mène au burnout. Cette théorie, contrairement aux théories existantes, se centre sur les facteurs (les ressources) permettant aux individus de faire face aux situations stressantes au travail. Elle met l'accent sur le caractère salutogène plutôt que sur les sources de mal-être (Neveu, 2007). Cette théorie avance que le mal-être apparait lorsque les ressources de l'individu sont menacées, perdues ou quand le retour attendu sur l'investissement n'est pas fructueux (Carrier-Vernhet, 2012). Ainsi, face à des stresseurs, l'individu va tenter de chercher une solution lui permettant de s'adapter à la situation en investissant ses ressources. Hobfoll (1989) a défini les ressources comme tout « objet, caractéristique personnelle, condition ou énergie qui est valorisé par les individus ou qui servent à obtenir d'autres objets, caractéristiques personnelles, conditions ou énergies ». Si cet investissement n'a pas l'effet attendu, l'individu peut ressentir de l'anxiété et de la frustration qui le conduiront à adopter des attitudes encore plus défensives. Il s'épuisera alors progressivement (Shirom, 1989). Le burnout correspond à la dernière phase d'un long processus issu d'un long épuisement des ressources. Les ressources sont de quatre types :

- Les ressources matérielles telles que la voiture, le logement, le bureau. Ils ont une importance vitale ou symbolique.
- Les ressources personnelles sont les compétences ou traits de personnalité d'un individu. Elles sont donc innées ou acquises et peuvent évoluer au cours du temps. Les traits de personnalité peuvent découler de caractéristiques telles que l'optimisme ou l'efficacité personnelle (Carrier-Vernhet, 2012).
- Les ressources liées à la condition de l'individu parmi lesquels nous pouvons citer le mariage, le statut au travail… Elles sont le fruit d'un investissement conséquent.
- Les ressources énergétiques ont la capacité de préserver d'autres ressources ou de permettre d'en obtenir des nouvelles (temps, argent…).

D'après Carrier-Vernhet (2012) cette théorie présente plusieurs avantages. Elle permet de proposer des solutions concrètes aux professionnels impliqués dans

l'amélioration de la qualité de vie au travail tel que les managers. En effet, elle privilégie l'action plutôt que la victimisation. Elle a également l'avantage de se centrer sur l'individu et les différences interindividuelles en fournissant des pistes de compréhension sur les raisons qui font que, confrontées à un même problème, certaines personnes réussiront à faire face et d'autres seront en burnout. La théorie de conservation des ressources s'inscrit bien dans la dynamique positive et centrée sur les ressources de cette thèse. C'est pourquoi nous avons décidé d'inscrire notre recherche dans ce cadre théorique.

Les personnes souffrant de maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer) doivent faire face à de nombreux défis sur leur lieu de travail liés au maintien de leur vie professionnelle et à l'aménagement de leur carrière (communiquer sur la maladie, besoins sur le poste de travail, maintenir sa performance). Cette confrontation peut engendrer de l'anxiété et du stress pouvant avoir des conséquences physiques et psychologiques sur le long terme (McGonagle, Beatty et Joffe, 2014). De plus, selon une étude de McGonagle et Barnes-Farrell (2014) faire face à la stigmatisation est lié positivement à une augmentation du stress chez les individus souffrant de maladies chroniques. Ces derniers doivent trouver le bon équilibre entre les besoins inhérents à leur état de santé (visites médicales, effets secondaires des traitements, symptômes …) et les contraintes relatives à leur vie professionnelle (Munir, Yarker et Haslam, 2008). Le fait de se rendre au travail alors que l'on se sent malade peut être assimilé à la notion de présentéisme engendrant alors de hauts scores de burnout (Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli et Hox, 2009). Honkonen et al. (2006) ont mis en avant, dans leur étude, un plus haut score de burnout chez les personnes souffrant de maladie chronique que dans la population générale. Des études ont été menées quant au lien entre maladies et chroniques et burnout, mais elles mettent davantage en avant que plus l'individu montre des signes de burnout plus il serait à risque de développer une maladie cardiaque (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Il n'existe pas à notre connaissance d'études qui fait état de ce syndrome chez les personnes souffrant de cancer qui maintiennent ou reprennent leur travail.

La détresse psychologique (et ses dérivés tels que le burnout ou l'anxiété) et le bien-être psychologique ont été reconnus comme étant les deux principales composantes, l'une positive et l'autre négative, de la santé psychologique (Keyes, 2003). Ils renvoient à des réalités complémentaires et non à deux pôles d'un même

continuum (Gilbert et al., 2011). Il nous semble donc important d'évaluer le burnout, mais aussi l'aspect positif de la santé mentale.

3.2. Le bien-être psychologique au travail (BEPT)

Le bien-être est un concept ancien dont les origines sont issues de la philosophie grecque. Ce concept général a donc fait l'objet de multiples recherches au cours du temps en premier lieu en philosophie puis en psychologie. La psychologie positive, qui a émergé dans les années 1990, invite ainsi à s'intéresser aux aspects positifs qui seraient davantage la norme comme le bien-être, plutôt qu'à l'exception, la maladie. Ainsi, Dagenais-Desmarais (2010) a indiqué que ce phénomène s'est accentué avec les attentes liées au travail. Ainsi, le bien-être est un concept applicable à divers domaines de la vie, dont le travail.

Historiquement, deux grandes approches ont été utilisées pour étudier le bien-être : l'approche hédonique et l'approche eudémonique. La première conception comprend surtout la recherche de plaisir et la satisfaction des désirs. Il s'agit donc de l'obtention de ce que l'on désire et aux émotions plaisantes qui en découlent. Dans la seconde, l'homme cherche à réaliser son plein potentiel et parviendrait ainsi, une fois atteint, à un état de bonheur ou de bien-être. Le débat n'est pas encore clos, mais les propositions de concevoir le bien-être comme un construit multidimensionnel incluant les deux dimensions sont de plus en plus courantes, les deux dimensions étant distinctes, mais interreliées (Dagenais-Desmarais, 2010). Parallèlement, deux approches méthodologiques, déductive et inductive, permettent de délimiter les contours du bien-être. La quasi-totalité des modèles du bien-être général a été conçue à partir d'une approche déductive (Diener, Suh, Lucas et Smith, 1999). Il s'agit d'une approche « top down » c'est-à-dire que les chercheurs définissent un cadre théorique et l'appliquent à la mesure. La plupart des instruments de mesure recensés pour évaluer le bien-être global sont issus de cette conception. L'approche inductive n'a été utilisée que par deux auteurs, dont Dagenais-Desmarais (2010).

Définir le bien-être n'est pas une tâche aisée en raison de l'utilisation de diverses appellations pour traiter de ce concept (Dagenais-Desmarais, 2010). La santé et le bien-être sont souvent confondus et assimilés l'un à l'autre (Voyer et Boyer, 2001). Certains auteurs avancent que la santé est une composante du bien-être, mais la majorité pense

que le bien-être est une composante ou un indicateur de la santé et non le contraire (Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie, 2011). Parallèlement, il convient également de souligner que le bonheur, la qualité de vie et la satisfaction de vie ne sont pas interchangeables avec le bien-être. Ainsi, le bien-être psychologique, la satisfaction de vie et le bonheur seraient trois aspects positifs de la qualité de vie ; la détresse psychologique serait l'aspect négatif. De plus, dans la documentation scientifique il est possible de trouver de façon indifférenciée les termes de bien-être, bien-être affectif, bien-être émotionnel, bien-être subjectif, bien-être psychologique. Certains relèvent d'un courant théorique particulier, pour d'autres ce n'est pas le cas. Ici, nous utiliserons, à la lumière des travaux de Dagenais-Desmarais, le terme de bien-être psychologique (BEP). Ainsi, pour certains auteurs, le BEP serait un trait stable à travers les différents domaines de la vie. Il a donc été essentiellement étudié comme un construit générique et non rattaché à un domaine de vie particulier comme le travail (Creusier, 2013). Une définition a cependant été proposée par Seligman, Steen, Park et Peterson (2005). Il s'agirait d'un « état psychologique positif, plaisant, et multidimensionnel qui écarte par définition les aspects négatifs de la santé mentale ».

Un des facteurs qui influencent la santé psychologique de manière positive serait la satisfaction des trois besoins fondamentaux décrits dans la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985 ; 2000 ; 2008). Il s'agit d'une approche de la motivation humaine où le concept d'eudémonie est le critère d'existence du bien-être (Stamate et al., 2015). Deci et Ryan (2000) ont ainsi soutenu que tous les êtres humains, peu importe leur culture, ont besoin de se sentir compétents, autonomes et reliés à leurs pairs afin d'atteindre un état optimal. Les besoins psychologiques fondamentaux d'appartenance, de compétence et d'autonomie sont donc au cœur de cette théorie et sont décrits par Deci et Ryan (1985, 2005 ; 2008) :

- Le besoin de compétence correspond au sentiment de se sentir efficace dans les interactions avec les autres individus et de pouvoir mettre à jour ses capacités.
- Le besoin d'autonomie se manifeste par le fait de se sentir à l'origine de ses propres comportements. L'individu va avoir le sentiment d'être libre de déterminer la pertinence et l'importance de certaines valeurs et de choisir ses intérêts.

- Le besoin d'affiliation se réfère au sentiment de se sentir en adéquation avec les autres, mais également d'avoir un sentiment d'appartenance avec d'autres individus.

Ces besoins fondamentaux seraient essentiels au fonctionnement optimal à travers les différences individuelles et culturelles (Chen et al., 2014 ; Stamate et al., 2015). La culture exerce une influence importante, mais tous les individus ont en commun ces besoins fondamentaux (Deci et Ryan, 2008). La théorie de l'autodétermination postule de ce fait, que l'être humain est par nature proactif et non passif face aux forces internes et externes auxquelles il est confronté (Camus, Berjot, Amoura et Forest, 2017).

Le concept de bien-être au travail (BEPT) contrairement au concept de bien-être général n'a fait l'objet que de peu de recherches (Kiziah, 2004). Quatre modèles de bien-être psychologique au travail ont cependant été décrits. La critique principale pouvant être formulée est qu'ils comprennent à la fois des composantes positives et négatives s'approchant davantage du concept de santé psychologique au travail.

- Cotton et Hart (2003) ont travaillé sur un modèle heuristique de la santé organisationnelle. Ils conçoivent le BEPT comme étant un amalgame de moral, de détresse et de satisfaction au travail.
- Warr (1990) a proposé un modèle de BEPT organisé autour de trois axes : heureux-mécontent ; content-inquiet ; enthousiaste-déprimé. Il s'applique aussi bien au bien-être général qu'au BEPT.
- Daniels (2000) a repris les travaux de Warr (1990) et a conceptualisé le BEPT en termes affectifs à travers cinq continuums : anxiété-confort, dépression-plaisir, ennui-enthousiasme, fatigue-vigueur, colère-placidité.
- Danna et Griffin (1999) ont décrit le BEPT comme étant un construit incluant à la fois les symptômes médicaux physiques et psychologiques au travail, des expériences de vies générales et des expériences reliées au travail.

Ainsi, la littérature existante n'a montré que deux conceptions qui se rapportent réellement au BEPT (Creusier, 2013).

Le premier modèle est celui de Robert (2007) et est issu des sciences de la gestion. Il est tourné vers l'action. Il a proposé de faire la distinction entre le bien-être de la personne au travail à savoir les aspects environnementaux (hygiène, sécurité,

embellissement des lieux) et le bien-être du travailleur ou salarié au travail qui fait référence au fait d'avoir les moyens et les conditions appropriés pour faire son travail. Ce modèle reste néanmoins une proposition théorique, mais ne propose pas de véritable validation empirique.

Le second modèle proposé est celui de Dagenais-Desmarais (2010) et repose sur un raisonnement inductif du fait du cadre théorique trop peu défini selon l'auteure. Cette méthodologie a permis d'obtenir un modèle en 2 axes après analyse du contenu d'entretiens semi-structurés. Le premier axe représente la sphère de référence c'est-à-dire le référent spécifique du monde du travail dans lequel l'expérience positive est vécue par l'individu. L'auteure a cité trois sphères de référence : individuelle (état positif du travailleur par rapport à lui-même), relationnelle (état positif du travailleur en fonction de l'interaction sociale) et organisationnelle (interaction du travailleur avec l'organisation en tant qu'entité morale). Le second axe du BEPT est la directionnalité. On parle de BEPT projectif quand la construction de l'expérience positive du travailleur est dirigée vers un objet donné. Le BEPT introjectif décrit, quant à lui, la construction de l'expérience positive du travailleur par intériorisation d'un objet donné. Ces deux axes se combinent et donnent ainsi un modèle en six composantes :

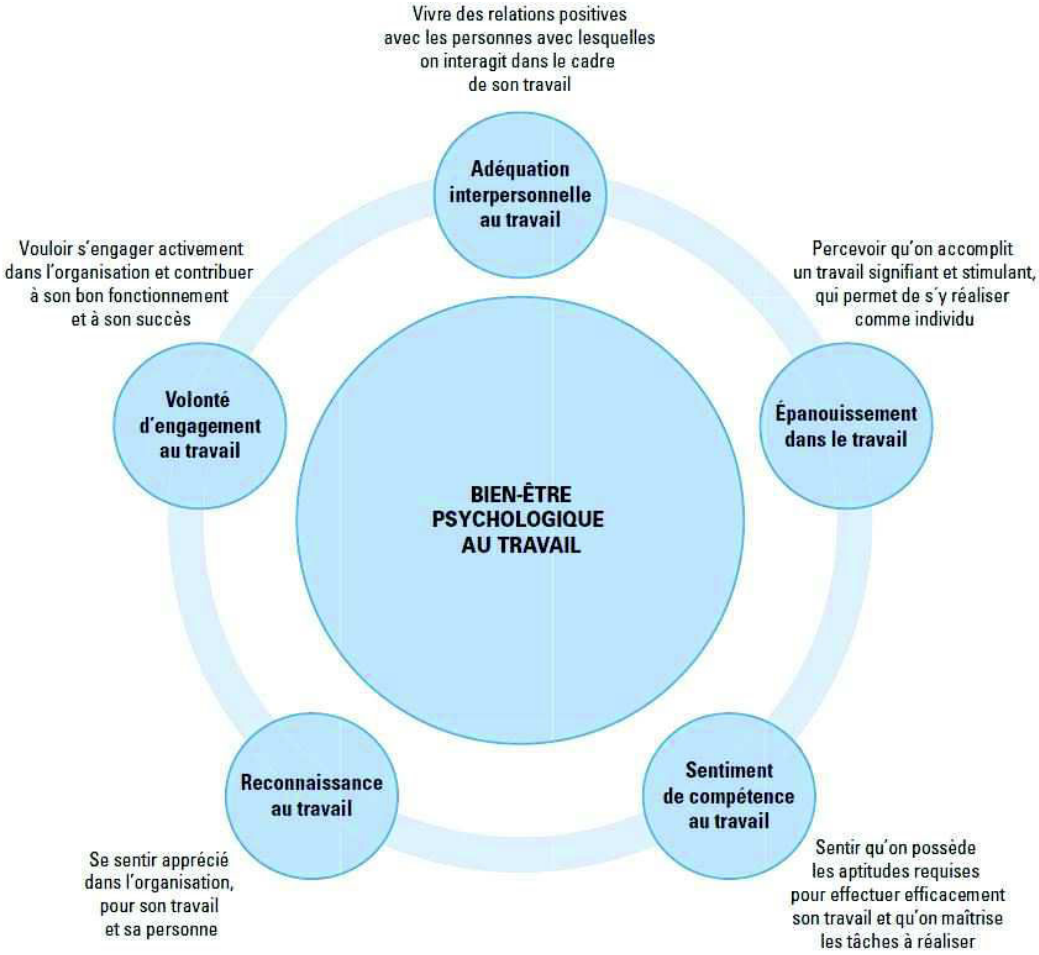
- La dimension individuelle projective qui correspond au sentiment d'efficacité personnelle et d'actualisation de soi.
- La dimension individuelle introjective qui représente la satisfaction lors de la réalisation de ses tâches.
- La dimension relationnelle projective qui s'apparente à la notion d'affiliation et au fait d'avoir des relations épanouissantes avec ses collègues.
- La dimension relationnelle introjective qui représente le fait de se sentir considéré par les personnes avec lesquelles on interagit au travail.
- La dimension organisationnelle projective qui comprend les composantes d'investissement dans son milieu et la contribution au succès de son entreprise.
- La dimension organisationnelle introjective qui décrit l'adéquation ou la congruence de la personne dans son environnement.

Dans ce modèle, les approches hédonique et eudémonique sont bien représentées en incluant des dimensions comme l'actualisation de soi ou les relations épanouissantes

(Creusier, 2013). Suite à ces travaux Dagenais-Desmarais (2010) a proposé un outil de mesure du BEPT : *l'Index of Psychological Well Being at Work*. C'est sur ce modèle et cet outil que nous nous appuierons dans ce travail de thèse.

La question du BEPT est de plus en plus appréhendée dans les organisations (Dagenais-Desmarais et Privé, 2010). Il a pu ainsi être défini comme « une expérience subjective positive où l'on tend à exprimer le meilleur de soi et qui se construit à travers soi, à travers ses relations sociales au travail et dans les interactions avec son organisation » (Dagenais-Desmarais, 2010). Le BEPT ne relève pas que de critères objectifs comme le salaire ou le statut, mais il dépend principalement du ressenti de la personne. De plus, il est la présence de caractéristiques positives chez l'individu et pas uniquement de l'absence de maladie (Dagenais-Desmarais et Privé, 2010). Dagenais-Desmarais (2010), dans son travail de thèse, a mis en évidence cinq composantes qui semblent faire consensus dans la documentation scientifique. Ainsi, une autre définition a vu le jour. Le BEPT est défini comme « un construit essentiellement eudémonique décrivant l'expérience subjective positive des travailleurs à travers cinq composantes essentielles, soit l'adéquation interpersonnelle au travail, l'épanouissement au travail, le sentiment de compétence au travail, la reconnaissance perçue au travail et la volonté d'engagement au travail » (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012) (figure 2).

<u>Figure 2.</u> Représentation des cinq composantes du bien-être psychologique (Dagenais-Desmarais et Privé, 2010).



Ainsi le BEPT comprend cinq composantes :

- L'adéquation interpersonnelle au travail (AIT) correspond au fait de vivre des relations positives avec les personnes avec lesquelles les individus interagissent dans le cadre du travail. Interagir avec de nombreuses personnes ne signifie pas forcément qu'il s'agit de relations de qualité. Ici, ce sont des relations interpersonnelles positives et constructives aux yeux du travailleur. Ainsi, les employés vivant un bon niveau d'adéquation interpersonnelle au travail expriment entretenir des relations de confiance et se sentir acceptés par les personnes avec qui ils travaillent.
- L'épanouissement dans le travail (EDT) est une autre caractéristique essentielle du BEPT. Il comprend la réalisation de soi, l'actualisation de son potentiel qui rend son travail stimulant, mais également le fait de trouver un sens à sa

profession. Les employés s'épanouissant dans leur domaine professionnel aiment leur travail et en sont fiers. Ils ont le sentiment de s'y accomplir.

- Le sentiment de compétence au travail (SCT) fait référence au fait de sentir que l'on possède les aptitudes requises afin de réaliser les tâches inhérentes à son emploi. De plus, l'employé a un sentiment de contrôle face à celui-ci. Cette évaluation est là encore subjective et peut donc différer de celle de ses collègues et/ou de son supérieur.
- La reconnaissance perçue au travail (RPT) est également importante pour l'employé dans le sens où l'être humain est un être social et est donc attentif à la perception que les autres individus ont à son égard et ici dans son travail. L'individu souhaite ainsi se sentir apprécié par les membres de son environnement professionnel (collègues, supérieurs hiérarchiques, clients) à la fois pour son travail, mais aussi pour ce qu'ils sont en tant qu'individu. L'individu se sentant reconnu dans son travail a le sentiment de réellement faire partie de son entreprise.
- La volonté d'engagement dans le travail (VET) correspond au fait que l'employé désire s'engager activement dans son organisation et faire partie intégrante de son milieu de travail. Il souhaite également contribuer à son bon fonctionnement et à son succès.

Ainsi, Dagenais-Desmarais et Savoie (2012) ont rapporté que le BEPT, mesuré par leur échelle obtenue par une démarche inductive, est avant tout une construction eudémonique. Bien qu'il intègre des composantes des approches hédoniques telles que la satisfaction professionnelle et les affects positifs, il ne se focalise pas sur celles-ci en tant que dimensions explicites du BEPT. Ces auteurs ont alors émis l'hypothèse que les jugements sur les émotions positives et la satisfaction résultent de manifestations eudémoniques comme se sentir compétent ou réaliser son potentiel (Dagenais et Savoie, 2012). Si l'on se réfère à la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985, 2000, 2008), les composantes « sentiment de compétence au travail », « adéquation interpersonnelle au travail » et « épanouissement dans le travail » pourraient correspondre respectivement aux trois besoins fondamentaux de compétence, d'être en relation avec autrui et d'autonomie.

La majorité des études existantes dans le champ du BEPT ne l'évalue pas spécifiquement. Elles utilisent une mesure du bien-être global et l'associent à des variables liées au travail.

À notre connaissance aucune recherche n'a été faite sur le BEPT dans le contexte de la maladie chronique ou du cancer. Les études dans le domaine de la psychologie de la santé concernent surtout la relation entre santé psychologique au travail et effets néfastes sur la santé (états dépressifs, hypertension, problèmes cardiaques…) (Dagenais-Desmarais, 2010).

Le travail est donc un domaine important pour les individus. La santé psychologique au travail, que ce soit en termes de composantes positives ou négatives doit être pris en considération. Dans un contexte de cancer, le travail revêt d'autant plus une signification particulière, car il est le symbole d'un retour à une « vie normale » ou plus largement garant d'une place dans la société et d'une sécurité financière. Divers facteurs de risque, conduisant à une santé psychologique au travail altéré, ont été mis en évidence dans la littérature. Le point suivant abordera et présentera ces stresseurs.

4. Les stresseurs relatifs à la vie professionnelle

Nous présenterons donc dans ce point deux stresseurs mentionnés par Hobfoll (1989) dans la théorie de préservation des ressources à savoir la charge de travail et les conflits de rôle et plus particulièrement le conflit vie professionnelle-vie privée.

4.1. La charge de travail

Les premiers écrits qui étudient la charge de travail sont apparus dans les années 1970 (Guillevic et Chiva, 2005). La charge de travail peut être définie de façon globale comme un terme incluant toute variable reflétant à la fois la quantité ou la difficulté de son travail (Bowling et Kirkendall, 2012). Cooper, Dewe et O'Driscoll (2003) l'ont

décrit comme un construit à multiples facettes comprenant à la fois des dimensions qualitatives et quantitatives, mais également des sous-dimensions physiques et mentales. La charge de travail peut ainsi être évaluée comme une perception ou comme une caractéristique objective de son travail (Ganster, Fox et Dwyer, 2001). Elle peut être envisagée sous différents points de vue. Poete et Rousseau (2003) ont différentié la charge prescrite qui correspond aux exigences des prescriptions, la charge réelle renvoyant aux activités des opérateurs et la charge subjective qui est la perception des individus quant à cette dimension. Bowling, Alarcon, Bragg et Hartman (2015) ont souligné l'importance d'évaluer la charge de travail perçue. En effet, la perception des individus est un élément primordial dans les théories relatives au stress telles que la théorie transactionnelle du stress de Lazarus et Folkman (1984) et dans de nombreuses théories relatives au stress professionnel comme celle de Katz et Kahn (1978). Bowling et al. (2015) ont avancé que c'est bien la perception des facteurs de stress et non la présence ou l'absence objective de ces facteurs qui est la cause immédiate du bien-être et du comportement.

Ces quatre dernières décennies, les auteurs se sont intéressés aux corrélats potentiels, mais aussi aux conséquences de la charge de travail (Bowling et al., 2015). Selon ces auteurs, la littérature ne s'est intéressée qu'à peu de stresseurs relatifs au travail parmi lesquels l'ambigüité de rôle et le conflit de rôle, les contraintes organisationnelles, la maltraitance et la charge de travail. Il est néanmoins pertinent de se centrer sur ce dernier construit, car ce problème est souvent rencontré sur le lieu de travail. La charge de travail représenterait le facteur de stress le plus souvent rencontré (Bowling et al., 2015 ; Fournier et al., 2010).

Les études ont ainsi montré que les stresseurs relatifs au travail sont généralement associés à la maladie physique et à des troubles psychologiques (Nixon, Mazzola, Bauer, Krueger et Spector, 2011). Ces agents stressants correspondent aux « exigences de travail ». Ces dernières représentent « les situations de travail contraignantes qui peuvent favoriser l'apparition de l'état de stress, individuées par la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement » (INRS, 2018). Les exigences tels que la charge de travail, le sentiment d'isolement, les demandes émotionnelles impliquent la mise en place d'efforts soutenus physiques, cognitifs et/ou émotionnels et ont pour conséquences des coûts physiologiques et psychologiques (Wodociag, 2014).

Une charge de travail excessive peut donc avoir des conséquences à la fois sur le plan physique et psychologique (Schoenenberger, Moulin et Brangier, 2013), mais également sur le plan organisationnel (Bowling et al., 2015). Plusieurs auteurs soulignent que la théorie de préservation des ressources (Hobfoll, 1989) fournit une base conceptuelle pour comprendre les effets de la charge de travail sur le bien-être (Bowling et al., 2015) ou sur le burnout (Carrier-Vernhet, 2012). Ainsi, selon cette théorie, comme nous l'avons vu précédemment, les ressources d'un individu sont importantes et bénéfiques, car elles sont valorisées et aident à faire face aux facteurs de stress. La personne doit alors fournir des efforts pour protéger ses ressources existantes et atteindre de nouvelles ressources. Ces ressources vont contribuer de façon active à leur bien-être. Hobfoll (1989, 1998) avance donc que le stress survient et que le bien-être est compromis à chaque fois qu'un individu perçoit une menace de perte potentielle de ses ressources, éprouve une perte réelle de ressources ou lorsque l'investissement des ressources existantes n'aboutit pas à l'acquisition de nouvelles ressources. Ainsi, dans le cadre de la théorie de préservation des ressources, une charge de travail excessive peut compromettre la capacité à maintenir les ressources existantes et peut empêcher l'acquisition de nouvelles ressources. Hobfoll (1989, 1998) explique qu'une charge de travail excessive peut avoir un impact direct sur les ressources existantes en épuisant ses ressources émotionnelles ou physiques. De plus, elle peut également empêcher l'accès à de nouvelles ressources. Effectivement, l'individu aura peu de temps pour développer de nouvelles compétences ou aura des difficultés à entretenir des relations avec ses collègues. Les pertes de ressources entrainées par une charge de travail excessive devraient à leur tour entrainer des effets négatifs sur le bien-être des individus. Truchot (2016) a également avancé que la surcharge de travail contribue au burnout en réduisant la capacité de faire face aux exigences. En effet, lorsqu'elle est trop élevée elle peut rendre difficile la récupération et ainsi entrainer un épuisement émotionnel.

Ainsi, ce sont les exigences qui influencent les ressources plutôt que l'inverse. De plus, Carrier-Vernhet (2012) a avancé que deux situations sont envisageables. L'exigence peut avoir une influence directe sur les ressources ou elle peut avoir un effet modérateur. Dans la première configuration, les exigences viennent rompre l'équilibre des ressources et leurs effets bénéfiques. Elles vont alors augmenter les pertes de ressources et diminuer les gains (Hobfoll, Vinokur, Pierce et Lewandowski-Romps, 2012 ; Carrier-Vernhet, 2012). Dans la seconde configuration, les exigences au travail

peuvent venir modérer la relation entre les ressources et la santé au travail et vont ainsi nuire au bénéfice des ressources (Carrier-Vernhet, 2012).

Ainsi, la littérature sur la charge de travail a montré une influence directe de ce construit sur le bien-être psychologique et physique des employés (Bowling et Kirkendall, 2012 ; Bowling et al., 2015). Parallèlement, d'autres auteurs ont pu démontrer un effet indirect de ce construit sur l'évaluation du bien-être psychologique via le conflit vie professionnelle-vie privée (Goh, Ilies et Wilson, 2015). De plus, la surcharge de travail a une influence sur le stress professionnel (Bakker et Demerouti, 2007) et impliquerait un risque accru de souffrance au travail et de burnout (Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli, 2001 ; Gollac, 2005). Ainsi, Maslach, Schaufeli et Leiter, (2001) ont identifié la charge excessive de travail comme un antécédent organisationnel majeur du burnout. Une intensité excessive du travail conduirait à une tension psychologique qui pourrait être responsable de maladies cardiovasculaires par exemple (Wodociag, 2014). Une charge de travail modérée semblerait être l'idéal ; le bien-être des employés serait ainsi altéré si l'individu perçoit une charge de travail trop élevée ou au contraire trop basse (Kahn et Byosiere, 1992).

Bowling et al. (2015) dans leur méta-analyse sur les corrélats de la charge de travail ont mis en évidence que ce construit est lié positivement à des stresseurs relatifs au travail, mais aussi au soutien social et au trait de personnalité « affectivité négative ». Concernant le soutien social, qu'il soit instrumental, émotionnel ou informatif, il pourra faciliter la tâche du bénéficiaire et ainsi réduire la charge de travail réelle ou perçue. L'affectivité négative est « une caractéristique personnelle reflétant une prédisposition à être pessimiste, à percevoir l'environnement de manière négative, et à réagir négativement face au stress » (Sandrine, Barthe et Cascino, 2008). Ainsi, ce trait de personnalité pourrait conduire l'individu à percevoir un environnement anodin comme menaçant en l'amenant involontairement à créer des situations de travail stressantes (Bowling et al., 2015). Les stresseurs relatifs au travail mis en évidence par Bowling et al. (2015) sont l'ambigüité de rôle, les conflits de rôle, les conflits entre le travail et la famille et les conflits entre la famille et le travail. Ils ont montré des liens avec chacun de ces stresseurs. Ainsi, une lourde charge de travail pourrait amoindrir sa capacité à accomplir son rôle professionnel. De même, le conflit entre le travail et la famille est fortement lié à la charge de travail. En effet, l'individu percevant une lourde charge de travail va probablement passer davantage de temps au travail et cette situation créera

des tensions qui vont interférer avec sa vie de famille. Parallèlement, la charge de travail est liée au conflit de la famille et du travail. Si l'individu est soumis à des exigences personnelles qui entravent les exigences de son travail, la charge de travail peut augmenter. De plus, la charge de travail serait également liée à la satisfaction au travail, à la dépression et à l'accomplissement personnel (Bowling et al., 2015). Yildirim et Aycan (2008), dans leur étude, ont montré le rôle prédicteur d'une charge de travail excessive sur le conflit vie professionnelle-vie privée ce qui impliquerait une baisse de la satisfaction de vie chez les infirmières. Goh, Ilies et Wilson (2015) ont également souligné l'influence directe de la surcharge de travail sur le conflit vie professionnelle-vie privée, mais ne trouvent aucun lien direct avec la satisfaction de vie. Ils supposent aussi que les exigences élevées du travail pourraient avoir un effet indirect sur la satisfaction de vie lorsque cela induit que l'individu est incapable de remplir d'autres exigences de sa vie telle que les celles relatives à la famille.

Peu d'études, à notre connaissance, semblent avoir étudié le rôle de la charge de travail chez les patients atteints de maladies chroniques. Taskila, de Boer, van Dijk et Verbeek (2011) se sont cependant centrés sur l'influence de la fatigue dans la reprise du travail chez des patients ayant souffert d'un cancer. Ils vont ainsi étudier quels facteurs liés à la maladie (dysfonctionnements cognitifs, dépression, douleurs, troubles du sommeil) et liés au travail (charge de travail, pression au travail, relation avec le superviseur et les collègues…) étaient liés à la fatigue chez ces employés. Ils ont mis en évidence que 6 mois après la fin du suivi, la charge de travail, la pression au travail, la dépression et moins d'aménagements étaient liés à davantage de fatigue entravant le retour à l'emploi. À 18 mois après la fin du suivi la charge de travail n'affecte plus la fatigue.

Ainsi, comme nous l'avons vu, la charge de travail semble liée à un autre stresseur : les conflits de rôle parmi lesquels figure le conflit vie professionnelle - vie privée.

4.2. Le confit vie professionnelle-vie privée (VPvp)

Méda (2000) indique qu'une société équilibrée est une société qui permet à chacun de disposer du temps nécessaire pour développer toutes les activités qui sont nécessaires pour vivre normalement, dans un bien-être individuel et social : activités productives, activités familiales, amicales, amoureuses, activités politiques, activités culturelles…(Belghiti-Mahut, 2015). Les individus auraient donc plusieurs rôles à jouer. Dans la vie, deux aspects sont primordiaux pour les personnes : le travail et la famille (Netemeyer, Boles et McMurrian, 1996). Il s'avère que la gestion de l'interface vie privée - vie professionnelle est particulièrement délicate.

Les individus disposeraient d'une quantité limitée de temps et d'énergie et chacune des deux sphères, privée et professionnelle, en demande une partie, non toujours délimitée. Les conflits entre les deux domaines vie professionnelle et vie privée émergent lorsque les demandes de participation dans un domaine de la vie rentrent en tension ou sont incompatibles avec les demandes de participation dans un autre domaine. Duxbury et Higgins (2001) ont examiné trois types de conflit entre les sphères de la vie professionnelle et de la vie familiale. Le premier concerne la surcharge de rôle à savoir notamment le sentiment d'avoir trop à faire et pas assez de temps pour le faire. Les deux autres conflits concernent les exigences professionnelles et familiales quand elles interfèrent les unes sur les autres rendant l'exercice des responsabilités de l'une des deux sphères incompatibles avec l'autre : il s'agit du conflit vie professionnelle-vie privée (VPvp) et du conflit vie privée - vie professionnelle (VPvp). Les premières recherches ont montré que les demandes générales du rôle , le temps accordé au rôle donné et le stress induit par ce rôle sont les éléments constitutifs de ces deux formes de conflits (Bacharach, Bamberger et Conley, 1991 ; Cooke et Rousseau, 1984 ; Gutek, Searle et Klepa, 1991). Les exigences générales d'un rôle se réfèrent aux responsabilités, aux exigences, aux attentes, aux devoirs et engagements associés à un rôle donné.

Les études sur le conflit VPvp utilisent le plus souvent, là encore, comme cadre de référence la théorie de conservation des ressources (Hobfoll, 1989 ; 2001). Selon Hobfoll (2001), le conflit VPvp et le burnout sont le résultat de la troisième condition, à savoir quand "il y a un manque de gain de ressources alors qu'il y a eu un investissement important de ressources ». Ainsi, si la personne ne gagne ou n'emploie pas des ressources supplémentaires suffisantes alors qu'elle « jongle » entre les

demandes du travail et de la famille, le burnout apparait (Hobfoll, 2001). Par conséquent, des ressources acquises pourraient compenser les pertes de ressources et permettre de mieux faire face à des obligations incompatibles entre le travail et la famille, entraînant un conflit VPvp atténué, qui à son tour permettrait d'atténuer l'épuisement. De plus, des demandes élevées dans le cadre du travail exigent que les employés utilisent davantage de ressources (comme le temps ou les émotions) au travail les laissant avec moins de ressources à consacrer à leur famille (Frone, Yardley et Markel, 1997). Ces employés confrontés à une surcharge de demandes au travail (Butler, Grzywacz, Bass et Linney, 2005 ; Demerouti, Bakker et Bulters, 2004) et de demandes émotionnelles (Bakker et Geurts, 2004) ont davantage de problèmes à combiner vie professionnelle et vie familiale.

Le conflit des rôles est parfois à l'origine de difficultés d'ordre psychologique, physique et/ou social (Marcel Lourel et Gueguen, 2007) et peut avoir un effet important à la fois sur la qualité de la vie de famille et sur la qualité de vie sur le lieu de travail (Beutell, 2010 ; Netemeyer et al.,1996 ; Dumas, 2008). Mesmer-Magnus et Viswesvaran (2005) constatent, dans leur méta-analyse, que ce conflit est associé à une perception accrue des stresseurs d'ordre professionnel (ambiguïté des rôles et statuts, tensions entre les collègues, pressions…), mais aussi non professionnel (exigences induites par le rôle de parent, conflits avec les membres de la famille, les amis, implication vis-à-vis de la famille…). Pour leur part, Lourel, Gana et Wawrzyniak (2005) ont rapporté que les effets négatifs de la « vie au travail » sur la « vie privée » et de la « vie privée »sur la « vie au travail » étaient corrélés de manière positive avec le niveau de stress perçu, tandis qu'ils étaient corrélés de manière négative avec la satisfaction globale de la vie professionnelle. Au niveau de la santé perçue, la méta-analyse d'Allen, Herst, Bruck et Sutton (2000) a indiqué que les conflits entre la vie privée et la vie au travail affectent sérieusement l'individu (anxiété, dépression, stress perçu, troubles psychosomatiques…). Geurts, Rutte et Peeters (1999) ont montré que les effets du conflit entre les sphères privée et professionnelle prédisaient des troubles psychosomatiques, des troubles du sommeil ainsi que deux des trois dimensions du burnout au sens entendu par Maslach (2003) (à savoir l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation). La perception de l'interface « vie au travail - vie privée » a agi comme une variable médiatrice dans la relation entre la charge de travail et la santé perçue. Rantanen, Kinnunen, Feldt et Pulkkinen (2008) ont testé trois relations de

causalité entre le conflit VPvp et le burnout à deux temps différents. Ils n'ont pas mis en évidence, dans cette étude, de données allant dans le sens d'une relation réciproque à T1 puis 6 ans après entre conflit VPvp et burnout, ajustement marital, stress parental ou détresse psychologique. Les données sont donc contradictoires. Parallèlement, Matthews, Wayne et Ford (2014) ont trouvé que le conflit VPvp est lié négativement au bien-être subjectif à un temps T. Cependant, en se référant à la théorie d'adaptation, ils ont postulé qu'il existerait une diminution des effets négatifs des stresseurs au fil du temps. Ainsi, les modèles d'ajustement postulent qu'à court terme les facteurs de stress diminuent le bien-être subjectif. Cependant, la plupart des individus s'adaptent et reviennent à des niveaux plus positifs et ceci même pour certains événements plus traumatiques. Ainsi, d'après la théorie d'Hobfoll (1989), le conflit VPvp a un effet immédiat négatif sur le bien-être subjectif. En se basant sur la psychologie positive, les auteurs suggèrent que les futures théories explicatives devront prendre en compte l'adaptation des individus et des travailleurs. De plus, Gao, Shi, Niu et Wang (2013) ont montré que les deux formes de conflits entre vie professionnelle et vie privée étaient liées négativement et significativement avec la satisfaction au travail et qu'un plus haut niveau d'intelligence émotionnelle (détection, de l'expression, de la compréhension et de la gestion des émotions) agirait comme un médiateur entre ces deux formes de conflit et la satisfaction professionnelle.

D'un point de vue plus global, Matthews, Bulger et Barnes-Farrell (2010) ont montré l'importance du soutien social et surtout du soutien familial dans le conflit VPvp. La famille serait un mécanisme de soutien qui pourrait être utilisé lors des processus de gestion des demandes au travail. De plus, se sentir soutenu par la famille impliquerait que celle-ci a conscience des demandes du travail. Ainsi, si la famille intervient dans le cadre du travail, l'individu interprètera ce fait de façon moins conflictuelle se disant qu'elle intervient pour des raisons importantes.

Parallèlement, Bakker, Demerouti et Dollard (2008) ont montré que les demandes relatives au travail sont liées au conflit VPvp à la fois pour les hommes et pour les femmes, mais ils ont souligné aussi l'importance de l'influence que peut avoir le conjoint. Ainsi, un aperçu du conflit VPvp est possible en utilisant les deux membres du couple comme une source d'information. Les employés hommes ou femmes qui ont déclaré être surchargés de travail et avoir des interactions avec des clients exigeants étaient également plus enclins à agir d'une manière désagréable et à être en colère contre

leur partenaire (confirmé par leur partenaire). Ainsi, « les travailleurs qui ont rencontré une journée stressante au travail ont tendance à être plus émotionnellement tendus (par exemple, en colère et impatient avec les membres de la famille » (Matthews, Conger et Wickrama, 1996). Matthews, Del Priore, Acitelli et Barnes-Farrell (2006) ont ainsi examiné les effets acteurs - partenaires du conflit VPvp avec le stress et ont trouvé des effets partenaires importants indiquant que le conflit travail - famille influence le stress du partenaire qui à son tour influence la satisfaction et la santé. Il est également important d'examiner comment la relation de couple peut réciproquement influencer la perception de sa propre situation de travail et la perception de son conjoint. Une étude de Hammer, Allen et Grigsby (1997) a suggéré que l'épuisement au travail de l'un des conjoints peut ajouter plus de stress pour l'autre conjoint et mener le conjoint à souffrir de burnout également. Mcallister, Thornock, Hammond, Holmes et Hill (2012) ont utilisé le modèle d'interdépendance acteur partenaire (APIM) pour examiner l'intimité émotionnelle des maris et des femmes et son influence sur sa perception, et celle de son partenaire, des préoccupations d'emploi et des avantages de l'emploi, ainsi que le conflit travail - famille et famille - travail. La perception de l'intimité émotionnelle à la fois des hommes et des femmes a prédit moins de préoccupations quant à l'emploi et plus de récompenses dans l'emploi. Cela a suggéré que le soutien émotionnel de son conjoint peut conduire les individus à percevoir leur travail de façon plus positive qu'ils ne le feraient sinon. La perception de l'intimité émotionnelle à la fois des hommes et des femmes a prédit moins de conflits travail - famille, et moins de conflits famille - travail pour soi.

Pour un certain nombre de recherches, les hommes et les femmes réagissent différemment face à leur statut professionnel (Beja, 2014). Traditionnellement, les rôles liés au genre indiquent que le travail est plus important pour les hommes alors que les responsabilités familiales et le maintien de la maison serait davantage important pour les femmes. Cette tradition, dont les origines sont biosociales et culturelles, a été explicitée par Parsons et Bales (1955). Les rôles liés au genre diffèreraient donc pour les hommes et les femmes. Les conflits sont considérés comme étant plus importants chez certaines femmes en raison des rôles sociaux et du partage inégal des responsabilités familiales et domestiques au sein du couple. En effet, les rôles sociaux peuvent affecter la perception des heures supplémentaires consacrées à l'un des domaines dont les rôles sont socialement définis (la famille pour les femmes et le travail pour les hommes) qui

ne sont pas perçus comme des heures additionnelles dans le domaine associé à l'autre genre (Korabik, McElwain et Chappell, 2008).

Dans le domaine de la santé, Gignac et al. (2014) ont indiqué que peu d'études ont étudié la façon dont les individus perçoivent que leur travail ou leur vie personnelle affecte leur santé ou la gestion de leur maladie. Ils mettent en avant que les femmes rapportent davantage de bénéfices à travailler, soulignant l'importance du rôle de l'activité professionnelle dans leur vie. Pour les hommes une plus grande perception d'une interférence entre des demandes liées au travail et à la vie personnelle et le fait de gérer leur maladie engendre davantage de perturbations au travail. Parallèlement, Kaptein et al. (2013), dans une étude qualitative, ont interrogé des personnes souffrant d'arthrite et ont montré qu'elles rapportaient à la fois des aspects positifs et négatifs à travailler avec leur maladie. Concernant les aspects négatifs, les individus rapportaient que les symptômes et les traitements pouvaient parfois interférer avec les tâches au travail. De plus, le travail et les demandes personnelles pouvaient interférer avec les soins liés à la maladie (difficulté à trouver du temps et de l'énergie). Les auteurs ont également avancé l'existence d'aspects positifs. Le travail est central dans l'identité de l'individu et ne lui permet pas uniquement d'avoir une ressource financière. Il induit des activités, des interactions sociales, des distractions des problèmes de santé et une régulation de l'activité physique qui aident à minimiser les symptômes.

À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées au conflit VPvp dans le cadre du cancer. L'étude de Mackenzie (2014) a tenté de comprendre la façon dont les femmes diagnostiquées avec un cancer du sein essaient de gérer les multiples demandes à savoir de prendre soin d'elles-mêmes, prendre soin de leurs enfants et leur travail. Ainsi, des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de 32 mères qui exerçaient une activité professionnelle au moment du diagnostic. L'étude a révélé qu'après un diagnostic de cancer du sein, les participantes ont eu tendance à prioriser leur santé et leur bien-être sur le travail rémunéré. Elles avaient tendance à placer les besoins de la famille, en particulier ceux de leurs enfants, au-dessus de leur propre santé et bien-être. Les principaux facteurs qui ont influencé la décision des mères de continuer, revenir ou quitter leur profession après un diagnostic de cancer du sein étaient : un changement de perspectives concernant ce qui était important dans leur vie ; le niveau de soutien sur le lieu de travail et à la maison ; la nécessité financière ; le fait que leur identité était lié à leur travail, et à la douleur ou la fatigue. De plus, la perméabilité ou la malléabilité des

frontières entre le travail et la famille et prendre soin de soi a affecté la participation des femmes au travail pendant et / ou après le traitement du cancer du sein. Une perméabilité ou une malléabilité accrue entre les frontières dues davantage à la coopération qu'aux conflits a facilité les expériences positives de re-négociation des frontières, alors que la perméabilité accrue ou malléabilité provoquée plus par les conflits que la coopération crée des difficultés pour les femmes à trouver un équilibre acceptable entre la famille, leur activité professionnelle et prendre soin de leur propre santé, après le cancer du sein.

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous avons décidé de nous centrer uniquement sur le conflit VPvp à savoir comment les demandes dans la sphère professionnelle peuvent venir impacter la vie privée. Au vu de la littérature, ce conflit est celui qui nous a paru le plus répondre à la réalité de ces femmes après un cancer du sein. L'échelle de Netemeyer et al (1996) est celle que nous avons choisie pour évaluer le conflit VPvp. En effet, comme le soulignent les auteurs, elle présente plusieurs avantages. Tout d'abord il s'agit d'une échelle courte puisqu'elle ne contient que cinq items. De plus, cette échelle est spécifique au conflit VPvp et permet ainsi de faire la différence avec le construit VPvp.

Ainsi, la revue de littérature concernant la charge de travail et le conflit VPvp a montré des liens avec les manifestations anxieuse et dépressive. Dans un contexte du cancer, nous avons pu voir que la charge de travail est liée à la dépression. Ces deux variables vont alors accroitre la fatigue entravant la santé mentale au travail. De plus, les études concernant les personnes confrontées ou ayant été confrontées à un cancer soulèvent souvent cette question de l'humeur anxieuse et dépressive, conséquences du bouleversement induit par cette maladie. Dans le point suivant, nous nous attacherons donc à étudier ces symptomatologies dans un contexte de cancer.

4.3. Les manifestations anxieuses et dépressives

Avant de nous intéresser à l'humeur anxieuse et dépressive chez les personnes ayant ou ayant eu un cancer, nous allons d'abord définir ces termes de façon plus globale.

4.3.1. L'humeur anxieuse

L'anxiété peut être définie par « un état subjectif de détresse, un sentiment pénible d'attente et d'appréhension vis-à-vis d'un danger à la fois imminent et imprécis. Elle se distingue de la peur dans le sens où elle survient en dehors d'une menace objective ou de façon disproportionnée » (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Elle peut s'accompagner de symptômes somatiques tels que la tachycardie, des pâleurs ou des rougeurs, des tremblements, de la sudation qui sont associés à des dysfonctionnements neurovégétatifs. Des troubles de l'humeur et du sommeil sont également observables. Les pensées des individus présentant des manifestations anxieuses vont se centrer sur des thèmes négatifs comme l'échec, la peur ou la mort (Guelfi, Consoli, Boyer et Olivier-Martin, 1993).

Beck et Clark (1997) ont défini un modèle anxieux de traitement de l'information. Les fonctionnements pathologiques comme l'anxiété et la dépression seraient engendrés par des schémas (ou contenu cognitif). Trois modules ont été définis dans ce mode anxieux. Les sujets anxieux vont détecter de façon plus rapide dans l'environnement des stimuli qui sont pertinents pour eux, c'est-à-dire avec des caractéristiques perçues comme menaçantes. Une distorsion de l'information est observée. Si le stimulus est évalué comme dangereux un second module composé de patterns cognitifs, affectifs, comportementaux et physiologiques est activé. Ainsi, la personne va se focaliser sur ces stimuli qu'elle évalue comme menaçants et ignore les caractéristiques positives. Elle va procéder à une abstraction sélective en sélectionnant de façon privilégiée les informations qui nourrissent son schéma. Le troisième module correspond à l'activation de schémas sur le sujet et le monde et à l'évaluation de ses ressources pour faire face. Ainsi, l'individu présentant des manifestations anxieuses va surestimer la menace et va sous-estimer ses capacités à faire face (Segrestan-Crouzet, 2010).

La maladie somatique est une des causes qui engendre le plus de l'anxiété (Bridou et Aguerre, 2012). La détresse émotionnelle est composée de symptômes anxieux, mais aussi dépressifs (Segrestan-Crouzet, 2010). Ainsi, les symptômes anxieux dans le cadre de la santé sont souvent liés à des symptômes dépressifs (Bridou et Aguerre, 2012).

4.3.2. L'humeur dépressive

La dépression est une notion polysémique. Le terme dépression vient du latin « depressio » qui signifie enfoncement. Elle regroupe un ensemble hétérogène de troubles. Ainsi, elle est un ensemble de symptômes émotionnels, cognitifs, comportementaux et somatiques. Les individus souffrant de dépression clinique montrent des affects négatifs (découragement, tristesse, méfiance …), des cognitions spécifiques (dévalorisation de soi, culpabilité, sentiment d'échec….), des troubles comportementaux (retrait, fuite, isolement, fatigabilité, ralentissement…), mais aussi somatiques (troubles du sommeil, fatigue, troubles digestifs…) (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

L'APA (*American Psychiatric Association*) a défini et classé les troubles psychiatriques dans le DSM-V (2013) sous l'appellation d'épisode dépressif majeur. Cinq des symptômes présentés ci-après doivent être présents tous les jours pendant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent. Au moins un de ces symptômes doit être soit une humeur dépressive soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

- Humeur dépressive présente la plupart du temps, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours,
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir,
- Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids,
- Insomnie ou hypersomnie,
- Agitation ou ralentissement psychomoteur,
- Fatigue ou perte d'énergie,
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée,
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, indécision,
- Pensées de mort récurrentes.

Il est important de noter que l'épisode ne doit pas être imputable à une affection médicale. Or, la maladie cancéreuse et ses traitements peuvent engendrer la plupart des symptômes décrits précédemment, impliquant pour les professionnels de santé des difficultés à poser un diagnostic précis. Ainsi, dans le domaine de la santé, ces derniers

vont davantage parler d' « humeur dépressive » (Segrestan-Crouzet, 2010) qui peut être définie comme « un état momentané de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain, pouvant survenir à la suite d'un événement stressant (perte, séparation, déception, échec, atteinte corporelle ou maladie, etc.), lorsque le sujet ne dispose pas (ou croit ne pas disposer) des ressources (personnelles et sociales) nécessaires pour faire face » (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

Certaines approches cognitives de la dépression comme celles de Beck ou de Seligman s'accordent sur le fait que cette pathologie serait induite par des évènements négatifs et par une carence de renforcements positifs. C'est ainsi que la perception qu'a l'individu de l'évènement, c'est à dire la façon dont il se le représente, est plus importante que l'évènement lui-même. Selon Beck (2009), les individus souffrants de troubles dépressifs présenteraient des cognitions dominées par le thème de la perte et par une vision négative de soi, du monde et de l'avenir. Ces cognitions erronées et rigides vont conduire à des sentiments d'échec, d'infériorité et de désespoir (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). La théorie de l'impuissance apprise de Seligman (1975) parait également pertinente pour expliquer la dépression. Ainsi, s''il y a répétition de situations que l'individu perçoit de façon incontrôlable, ce sentiment va se généraliser à l'ensemble de l'environnement et un syndrome d'impuissance apprise (helplessness) va se développer. Ce syndrome se manifeste par la passivité, le pessimisme et l'atteinte thymique. Ce concept est d'ailleurs très utilisé en psycho-oncologie. L'impuissance désespoir découle de cette théorie et la complète. Des situations aversives et incontrôlables en interaction avec un style attributionnel spécifique (attribuer ses échecs à des causes internes, stables et globales) vont engendrer l'émergence de cognitions d'impuissance désespoir. L'individu se montrera résigné et fera preuve d'un grand pessimisme quant à l'avenir. L'émergence de symptômes dépressifs est alors facilitée. Dans le cancer, il est possible de considérer que s'attribuer l'apparition de la maladie peut générer une culpabilité importante (Segrestan-Crouzet, 2010).

4.3.3. Une symptomatologie anxieuse et dépressive en réaction aux évènements de la maladie

Les réactions des patients s'articulent autour des moments charnières de la maladie. La peur, l'anxiété, la dépression sont les sentiments le plus fréquemment déclenchés par le cancer (Razavi et Delvaux, 2002). De nombreux changements sont induits irrémédiablement par la maladie et vont avoir un rôle sur l'ajustement psychologique des patients. Les modifications dans les relations interpersonnelles et dans les loisirs sont davantage liées à un état émotionnel déprimé et une évaluation négative de la qualité de vie chez les femmes ayant un cancer du sein. Certaines fonctions dans les rôles sont progressivement perdues et entrainent anxiété, dépression et détresse. Ainsi, cette symptomatologie serait liée à un schéma de réponse basé sur l'évitement (González-Fernández et al., 2017). Les caractéristiques sociodémographiques influenceraient, pour certaines études, le vécu de cette pathologie chez les femmes touchées par un cancer du sein. Les plus jeunes (moins de 60 ans) seraient plus à risque de développer une symptomatologie anxieuse et dépressive. De plus, l'anxiété et la dépression sont associées respectivement à une altération du bien-être émotionnel, fonctionnel, physique et social à la fois durant le traitement, mais aussi dans l'après-cancer (Ho, So, Leung, Lai et Chan, 2013).

Cependant, certains auteurs ont souligné que l'annonce de la maladie et toutes les conséquences possibles telles que la mort, la douleur, les changements physiques, les modifications de rapport avec l'entourage pourraient induire une détresse passagère et non chronique (Dolbeault, Dauchy, Brédart et Guex, 2007). Dans le cadre du cancer, ressentir une symptomatologie anxieuse et/ ou dépressive serait légitime. D'après Segrestan-Crouzet (2010), il faut davantage tenir compte du « nombre de symptômes, leur chronicité, le caractère inhabituel des réactions, la souffrance ressentie par le patient, l'impact sur la vie quotidienne et l'acceptation des soins ». En effet, ces manifestations vont permettre de distinguer le caractère adaptatif ou pathologique du trouble. Ainsi, l'individu présentera une anxiété et une dépression « normales » s'il a peu de symptômes, s'ils sont d'intensité modérée et de courte durée impactant peu la qualité de vie et l'acceptation des soins. La difficulté d'évaluation des troubles anxieux et dépressifs est ainsi communément rapportée dans la littérature et dans la pratique. Effectivement, un grand nombre de patients et de conjoints présentent des symptômes,

mais à un niveau insuffisant pour faire l'objet d'un diagnostic. Les questionnaires, tels que l'*Hospital Anxiety and Depression Scale*, seront d'une aide précieuse, car ils caractérisent davantage une symptomatologie plutôt qu'un trouble avéré et sont donc adaptés à la population clinique comme contrôle (Segrestan-Crouzet, 2010). Les professionnels de santé devront alors être vigilants à une chronicisation des symptômes (Dolbeault et al., 2007).

4.3.4. La prévalence des troubles dans l'après-cancer

Les études sont assez contradictoires quant au taux de prévalence concernant l'ajustement des patientes en rémission d'un cancer du sein. L'après-cancer est une période particulière qui peut être marquée par l'inquiétude et l'incertitude. Les individus ont le sentiment d'avoir une épée de Damoclès au-dessus d'eux et craignent une récidive (Bézy, 2013). Les traitements pouvaient rythmer le quotidien et représenter une routine associée à une sécurité due à l'accompagnement du personnel soignant. La fin des traitements s'accompagne d'une distanciation des rendez-vous médicaux ; les patients doivent poursuivre seuls et composer avec cette incertitude (Cavro et al., 2005).

Plusieurs études ont montré que les troubles de l'humeur sont fréquents chez les patients ayant été confrontées à un cancer. Dans leur méta-analyse, Mitchell, Ferguson, Gill, Paul et Symonds (2013) ont comparé la prévalence de ces troubles chez ces personnes avec celle de leur conjoint et celle de la population générale. Ces auteurs ont souligné que, très souvent, les études n'évaluaient ces troubles que lors de l'annonce du diagnostic ou lors de la phase des traitements, moments où leur intensité est la plus élevée. De plus, d'après eux, une des problématiques de l'évaluation des taux de prévalence des manifestations anxieuse et dépressive, dans l'après-cancer, concernait l'incertitude quant à la définition du terme « long terme ». Ainsi Mitchell et al. (2003) ont montré que, dans les études longitudinales, la prévalence élevée de ces troubles diminuait lentement avec le temps suggérant cependant qu'elle demeurait plus élevée que celle de la population sans passé de cancer. De plus, les résultats ont montré qu'après le diagnostic du cancer, les taux accrus d'anxiété tendaient à persister comparés aux sujets témoins alors que ceux de la dépression étaient moins durables. Ainsi, dans la période qui suivait le diagnostic, la dépression était environ deux fois plus fréquente que chez les personnes n'ayant pas de passé de cancer, mais ce risque accru

ne durait que deux ans environ. Cependant, un risque accru de troubles anxieux semblait persister jusqu'à dix ans ou plus. Ces auteurs ont conclu que l'anxiété, plus que la dépression, était susceptible d'être un problème davantage rencontré chez les survivants à long terme par rapport à la population contrôle. Notons également que la prévalence de la dépression chez les conjoints était importante, mais que celle de l'anxiété était plus fréquente. Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak et de Bock (2015) ont évalué, dans leur méta-analyse, la prévalence de la symptomatologie anxieuse et dépressive sur le long terme (minimum un an après le diagnostic) après un cancer du sein. Ils ont mis en avant que la littérature n'était pas claire quant au risque plus élevé ou non chez ces femmes de présenter ces troubles. Ils ont inclus 17 articles dans leur étude. Les résultats ont montré que la prévalence des symptômes de dépression variait de 9.4% à 66.1% et celle des symptômes anxieux de 17.9 % à 33.3%. De plus, les auteurs ont mis en avant une prévalence plus élevée des symptômes de dépression chez les femmes ayant eu un cancer du sein persistant plus de cinq ans après le diagnostic. Ce risque accru semblait se normaliser avec le temps. Cependant, une augmentation de la symptomatologie anxieuse n'était pas plus fréquente chez ces femmes ayant un passé de cancer. Les auteurs ont également souligné que les résultats mentionnés dans les études peuvent être différents en fonction de l'échelle d'évaluation utilisée. Ainsi, des pourcentages plus élevés de femmes présentant une symptomatologie dépressive ont été retrouvés lorsqu'elle était évaluée avec l'échelle CES-D ou BDI alors qu'avec l'HADS-D ces prévalences étaient égales à celles de la population générale. Une grande variabilité dans les estimations de la prévalence de ces troubles a été révélée dans cette méta-analyse.

La nécessité d'évaluer respectivement les symptômes anxieux et dépressifs est mise en avant par de nombreux auteurs. Pour Stafford et al. (2016), les femmes ayant déjà pris un traitement anxio-dépressifs présenteraient des scores de sévérité de ces symptômes plus élevés 24 mois après l'annonce du diagnostic. Ainsi, dans les milieux ou les ressources sont limitées, les femmes présentant davantage de névrosisme et un antécédent d'anxiété et/ou de dépression devraient faire l'objet d'un dépistage anticipé. Selon ces auteurs, il est important d'être attentif à la fois à la symptomatologie anxieuse et dépressive qui semblent être deux construits distincts chez ces femmes ayant été concernées par un cancer du sein.

Le retour au travail est une étape particulière pour les personnes ayant été confrontées à un cancer. Ainsi, les limitations cognitives globales, les symptômes anxieux et dépressifs, la fatigue et l'épuisement sont plus fréquemment retrouvés dans cette population que dans un groupe témoin. Ces manifestations peuvent conduire à de sérieuses difficultés au travail. En effet, elles peuvent entraver leur productivité et diminuer leur capacité professionnelle menant sur le long terme au présentéisme, à une absence récurrente ou à un handicap professionnel (Duijts et al., 2014) .

Il est également important de prendre en considération que la fréquence et la manifestation de l'humeur anxieuse et dépressive diffèrent en fonction des pays et sont donc dépendantes du contexte environnemental. En effet, dans le cas du cancer, les dispositifs d'accompagnement mis en place ne sont pas les mêmes. De plus, cette maladie implique le recours à des traitements qui peuvent être lourds. Les systèmes de soins et de prise en charge sont variables et peuvent avoir une influence sur l'émergence d'une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive. Ainsi, les résultats des études menées dans un pays ne peuvent pas être généralisables à l'ensemble des individus.

Les facteurs de risque que nous venons de voir peuvent altérer la santé mentale au travail, mais peuvent être contrebalancés par des ressources personnelles. Ainsi, du fait de l'intérêt croissant pour la psychologie positive, de nombreuses études sur les aspects positifs ont vu le jour.

5. Les ressources

Dans ce point nous allons aborder à la fois des ressources spécifiques au monde du travail telles que le détachement psychologique du travail, mais également des ressources plus larges comme l'optimisme, l'auto-efficacité ou l'expressivité émotionnelle.

5.1. Le détachement psychologique du travail

Après une confrontation à des facteurs de stress, les processus liés à la récupération sont pertinents pour la santé, le bien-être et les performances au travail (de Croon, Sluiter, Blonk, Broersen et Frings-Dresen, 2004). Sonnentag et Fritz (2007) ont cherché à comprendre comment les activités en dehors du travail sont associées au rétablissement. Ce dernier fait référence à un processus au cours duquel les systèmes fonctionnels individuels sollicités lors d'un évènement stressant retournent à leur niveau de précontrainte (Meijman et Mulder, 1998). Sonnentag et Fritz (2007) avancent que ce n'est pas tant une activité spécifique en soi qui aiderait les individus à se remettre du stress au travail, mais ce serait davantage les processus sous-jacents tels que la relaxation ou le fait de se détacher psychologiquement des problèmes liés à l'emploi. Ainsi, les personnes peuvent montrer des différences quant aux activités choisies afin de se rétablir d'évènements stressants au travail, mais les processus impliqués, eux, sont relativement similaires. Par exemple, certains individus choisiront plutôt de lire un livre alors que d'autres se promèneront (Sonnentag et Fritz, 2007).

Afin de développer une compréhension des expériences de rétablissement réussies, Sonnentag et Fritz (2007) se sont appuyés sur des théories spécifiques (plus spécifiquement le modèle de « Récupération de l'Effort » et la théorie de préservation des ressources), mais aussi sur la littérature concernant la régulation de l'humeur. Dans le modèle de « Récupération de l'Effort », Meijman et Mulder (1998) ont soutenu que les dépenses induites par les efforts au travail conduisent à des réactions telles que la fatigue ou une activation physiologique. Dans des conditions normales, une fois que l'individu n'est plus au travail, ou exposé à des demandes similaires, le processus de

récupération se produit. Selon ce modèle, une des conditions préalables à ce processus serait que les systèmes fonctionnels sollicités durant le travail ne le soient plus. Comme nous l'avons vu, la théorie de préservation des ressources (Hobfoll, 1998) suppose que les individus s'efforcent d'obtenir, de conserver et de protéger leurs ressources. Si le stress menace ces ressources, il peut en conséquence nuire à la santé et au bien-être. Ainsi, pour se remettre du stress, les individus doivent acquérir de nouvelles ressources et restaurer celles menacées ou perdues. Le rétablissement après la confrontation à ces stresseurs au quotidien concerne particulièrement les ressources internes telles que l'humeur positive ou l'énergie. Ces deux théories suggèrent deux processus complémentaires par lesquels le processus de récupération peut se produire. Tout d'abord, il est nécessaire d'éviter toute activité qui fait appel aux mêmes systèmes ou aux mêmes ressources internes que celles requises au travail. Deuxièmement, l'acquisition de nouvelles ressources internes telles que l'auto-efficacité, l'humeur positive ou l'énergie aidera à restaurer celles qui sont menacées (Sonnentag et Fritz, 2007). Parallèlement, pour ces auteurs, la recherche sur la régulation de l'humeur a offert un aperçu plus précis des processus qui sont pertinents pour la récupération. Les conditions de travail stressantes engendrent très souvent une altération de l'humeur. Une des principales fonctions du rétablissement sera une amélioration de cette humeur, permise par la mise en place de stratégies cognitives et comportementales telles que la diversion ou l'engagement (Parkinson et Totterdell, 1999). Ainsi, les stratégies de diversion visent à éviter une situation négative ou stressante en ayant recours à la distraction alors que l'engagement est caractérisé par la confrontation ou l'acceptation de ces situations. Les stratégies de diversion semblent être les plus pertinentes pour le processus de récupération, car l'individu qui adopte une stratégie d'engagement restera occupé cognitivement par la situation stressante et ses effets ce qui rendra le processus souhaité moins probable. Plusieurs stratégies de diversion ont été recensées comme le détachement psychologique du travail, les stratégies axées sur la relaxation et celles axées sur la maitrise (Parkinson et Totterdell, 1999). Le détachement psychologique du travail et la relaxation semblent être particulièrement utiles au processus de récupération dans la mesure où ils n'impliquent aucune demande supplémentaire sur les systèmes sollicités pendant le travail (Sonnentag et Fritz, 2007). Les stratégies orientées vers la maitrise permettront la récupération en créant de nouvelles ressources internes telles que le sentiment d'efficacité personnelle.

Bien que l'éloignement physique de son lieu de travail semble important pour le processus de récupération (Hartig, Kylin et Johansson, 2007), Sonnentag et Fritz (2007) ont avancé l'idée qu'il peut ne pas être suffisant. Ils supposent qu'être détaché psychologiquement du travail est un « aspect crucial de tout processus de récupération ». Etzion, Eden et Lapidot (1998) ont introduit ce terme pour la première fois en 1998 et l'ont défini comme « le sentiment d'éloignement de la situation de travail ». Il s'agirait donc de ne pas être occupé par des tâches relatives au travail telles que recevoir des appels téléphoniques ou répondre à ses mails. Sonnentag et Fritz (2007) ont rajouté que cela signifie aussi de se désengager mentalement du travail. Ainsi, cela impliquerait d'arrêter de penser au travail qu'il s'agisse d'aspects négatifs ou plus positifs et que les demandes de son emploi cessent d'avoir un impact sur l'individu tant sur le plan cognitif qu'affectif (Sonnentag, Binnewies et Mojza, 2010).

Certaines études ont mis en avant que le détachement psychologique du travail est lié à la récupération du stress au travail. Etzion et al. (1998) ont montré que ce construit exerçait un effet modérateur entre les facteurs de stress et le burnout. De plus, Sonnentag et Bayer (2005) ont mis en évidence que les individus qui se sont détachés psychologiquement du travail ont montré une meilleure humeur en fin de soirée. Parallèlement, les facteurs de stress relatifs à la vie professionnelle (charge de travail, ambigüité de rôle, contraintes situationnelles) et le contrôle perçu au travail étaient associés à l'expérience de récupération. Ainsi, une charge de travail élevée était liée négativement et significativement avec le détachement psychologique du travail suggérant que les individus continuaient à penser à leur activité professionnelle en dehors de celle-ci afin de trouver des solutions à leurs difficultés (Sonnentag et Bayer, 2005 ; Sonnentag et Fritz, 2007). Ces résultats ont pu aussi être expliqués par le fait que, lorsque les individus sont confrontés à une charge de travail élevée, ils sont plus enclins à poursuivre leurs tâches professionnelles le soir à la maison. Cependant, lorsque la charge de travail augmente, le besoin de récupération augmente, mais parallèlement il risque d'être moins satisfait. D'autres études ont montré que les situations professionnelles stressantes étaient liées négativement au détachement psychologique du travail (Cropley et Purvis, 2003 ; Semmer, Grebner et Elfering, 2004). Les expériences de récupération en permettant de se détendre face au stress, contribueraient également au bien-être psychologique. Les personnes qui seraient mentalement désengagées connaitraient ainsi un plus grand bien-être au travail (Sonnentag, Unger et

Nägel, 2013). Elles seraient, de plus, négativement liées au burnout, aux symptômes dépressifs et aux problèmes de santé. Le détachement psychologique du travail serait crucial pour protéger son bien-être. Une mauvaise récupération nuit à la santé psychologique. Il est également possible que les personnes montrant un bien-être altéré soient moins susceptibles de profiter d'expériences de récupération positives (Sonnentag et Fritz, 2007). Parallèlement, les personnes qui ont des expériences de récupération favorables seraient davantage satisfaites de leurs loisirs ce qui serait positivement lié à la satisfaction de vie (Strauss-Blasche, Ekmekcioglu et Marktl, 2002 ; Sonnentag et Fritz, 2007). De plus, les expériences de rétablissement telles que le détachement psychologique du travail peuvent être conceptualisées en tant que modérateur dans la relation entre les stresseurs professionnels et le bien-être altéré en considérant de mauvaises expériences de récupération (Sonnentag et Fritz, 2007). Garrosa-Hernández, Carmona-Cobo, Ladstätter, Blanco et Cooper-Thomas (2013) ont montré, dans leur étude, que le conflit VPvp, le burnout et la recherche du sens de la vie ont prédit la présence d'affects négatifs chez des employés espagnols alors qu'inversement le détachement psychologique du travail et la présence de sens dans sa vie ont prédit la manifestation d'affects positifs. De plus, le détachement psychologique du travail a modéré la relation entre VPvp et affects négatifs et, entre la présence de sens dans la vie et affects positifs. Selon ces auteurs, le détachement a pu être vu comme un des moyens de restaurer les ressources épuisées ou d'acquérir de nouvelles ressources consécutivement à la perte de celles-ci du fait de la présence de conflits VPvp. Parallèlement, le manque de détachement a également pu affecter les comportements à la maison. Une personne qui était constamment occupée par des pensées liées au travail s'avèrerait être moins attentive et moins sensible aux autres. Par conséquent, les conflits au sein de la famille ont pu augmenter (Story et Repetti, 2006). Hahn et Dormann (2013) ont examiné le rôle des partenaires et des enfants dans le détachement psychologique des employés durant leur temps de loisirs. Ils ont ainsi montré que le détachement psychologique des employés et de leur conjoint était positivement liés. Cette relation était plus faible lorsque les enfants étaient encore à la maison. Enfin, le détachement psychologique des deux membres du couple a contribué à leur bien-être.

La littérature a également montré que les personnes qui se sentaient mentalement désengagées de leur travail durant leur temps libre connaissaient des niveaux de vigueur

plus élevés en fin de journée (Sanz-Vergel, Demerouti, Moreno-Jiménez et Mayo, 2010) et avaient davantage d'énergie dans leur vie et dans leurs performances quotidiennes au travail (Binnewies, Sonnentag et Mojza, 2009). Le détachement psychologique du travail était également un moyen important pour les employés de restaurer leur énergie pour le prochain jour de travail (Sanz-Vergel, Demerouti, Bakker et Moreno-Jiménez, 2011). De plus, la recherche a montré que les processus de récupération et plus spécifiquement le détachement psychologique du travail sont importants pour l'engagement au travail. Sonnentag et Kühnel (2016) ont d'ailleurs indiqué qu'il est important d'avoir une certaine distance mentale avec son activité professionnelle durant le temps hors travail afin d'être pleinement engagé professionnellement le lendemain. En effet, ces auteurs ont montré dans leur étude que le détachement psychologique au travail le soir et la réintégration au travail lors du retour ont prédit de façon positive l'engagement au travail tout au long de la journée. De plus, Sonnentag et al. (2016) ont confirmé que ce processus de récupération était un facteur important contribuant à protéger le bien-être des employés et l'engagement au travail. Ils ont montré que le détachement psychologique hors du temps de travail a prédit l'épuisement émotionnel un an après et a contribué donc à la survenue du burnout. De plus, ce processus a atténué la relation entre les exigences du travail et une augmentation des plaintes psychosomatiques et entre les demandes d'emploi et une diminution de l'engagement au travail. Ainsi, le manque de détachement n'a pas augmenté forcément les plaintes psychosomatiques ; ce n'était que lorsque les exigences du travail étaient élevées que le manque de détachement devenait problématique, car il pouvait prolonger l'effet des facteurs de stress et avoir un impact sur les systèmes psychologiques.

Ainsi, Sonnentag et Fritz (2007) ont indiqué que, de toutes les expériences de récupérations étudiées, le détachement psychologique du travail était la plus pertinente dans la mesure où il était associé aux facteurs de stress au travail et au bien-être.

Sonnentag et Fritz (2005) ont néanmoins souligné que ne pas se détacher psychologiquement du travail n'a pas que des effets délétères. Effectivement, il conviendrait d'étudier plus spécifiquement le type de pensées. En effet, réfléchir positivement sur son travail en dehors de celui-ci, par exemple se remémorer un succès pourrait même améliorer le bien-être et stimuler l'humeur positive. De plus, la réflexion sur les caractéristiques positives peut augmenter la volonté de poursuivre son travail avec dévouement, augmentant ainsi l'engagement (Sonnentag et al., 2010).

Parallèlement, il a été montré que le soutien social de la sphère hors travail protège la santé et le bien-être (Halbesleben, 2011). Pour obtenir ce soutien social, les employés doivent parler de leurs difficultés au travail en dehors du temps passé dans leur sphère professionnelle. Ainsi, en se détachant complètement de celui-ci, ils pourraient manquer d'obtenir cette aide des membres de leur famille ou leurs amis (Sonnentag et al., 2010).

Des études récentes suggèrent que le détachement psychologique est facilité lors de l'exercice physique (Feuerhahn, Sonnentag et Woll, 2014) et en évitant de rester connecté à son travail du fait du recours facile aux nouvelles technologies à la maison (téléphone professionnel, mails…) (Barber et Jenkins, 2014). Aucune recherche n'a, à notre connaissance, abordé la question du détachement psychologique chez les femmes ayant ou ayant eu un cancer du sein. Pourtant, comme nous l'avons vu, que leur rapport au travail a changé. D'autres ressources peuvent être utiles au processus de récupération comme l'optimisme ou l'auto-efficacité.

5. 2. L'optimisme dispositionnel

De nombreuses recherches ont mis en évidence que l'optimisme est associé à des caractéristiques désirables telles que la persévérance, le bonheur, l'accomplissement et la santé (Peterson, 2000).

Globalement, en psychologie, deux courants de recherche sur l'optimisme coexistent (Martin-Krumm, 2012 ; Trottier, Trudel et Halliwell, 2007). La première conception, qualifiée de directe, concerne les travaux de Scheier et Carver (1992) et conceptualise l'optimisme comme un trait de personnalité fondé sur les attentes d'un individu (Martin-Krumm, 2012). C'est cette vision que nous avons choisi d'utiliser dans notre recherche, car c'est celle qui fait écho à la théorie de la préservation des ressources très utilisée en psychologie du travail. La seconde conception, indirecte, envisage l'optimisme comme une caractéristique individuelle en terme de « style explicatif » c'est-à-dire la façon dont un individu va donner du sens aux évènements,tant positifs que négatifs, auxquels il est confronté (Trottier et al., 2007). Elle découle des travaux de Seligman et al. (Martin-Krumm, 2012).

Carver et Scheier (2001) ont donc envisagé l'optimisme comme un trait de personnalité stable. Les auteurs ont d'ailleurs parlé de « disposition à l'optimisme ». Il s'agit de la confiance générale à obtenir des résultats positifs qui s'appuie sur une estimation rationnelle des probabilités de réussite (Martin-Krumm, 2012). Ainsi, Carver et Scheier (2001) ont qualifié les optimistes comme des « personnes qui s'attendent à vivre des expériences positives dans le futur. Les pessimistes sont celles qui s'attendent à vivre des expériences négatives ». Ce modèle est issus de leur recherche sur la régulation personnelle du comportement (Carver et Scheier, 1981). L'optimisme est ici appréhendé comme une variable cognitive qui consiste en « une attente que les individus ont envers des situations spécifiques et des effets de leurs attentes sur leur comportement » (Trottier et al., 2007). Ainsi, lorsque les individus vont estimer que le but qu'ils se sont fixé est atteignable, ils vont poursuivre leurs efforts pour l'atteindre même si cela s'avère difficile. Ce trait est donc important à prendre en considération dans la mesure où il va avoir des conséquences sur la façon dont les personnes vont réagir face à un évènement stressant (Trottier et al., 2007). Scheier et Carver (1985, 1992) ont mis en avant que l'optimisme est un facteur déterminant dans le fait de continuer à fournir des efforts ou abandonner et changer de directions. Les personnes optimistes tiennent tête et affrontent les problèmes auxquels elles sont confrontées. Elles sont totalement engagées dans leur vie et n'hésitent pas à donner le meilleur d'eux-mêmes et à persévérer en cas de difficultés. Elles ne vont pas ignorer les difficultés, mais vont accepter la réalité et vont être actrices en trouvant des solutions. Ces personnes vont ainsi maitriser plus facilement les évènements difficiles et stressants qui auront donc un impact moins important sur le plan physique et émotionnel. Les individus optimistes semblent également plus enclins à profiter de l'expérience négative afin d'en tirer le meilleur et ainsi de grandir personnellement. Selon Scheier et Carver (1993), l'optimisme, étant un trait, serait attribuable en partie à la génétique, mais ils ont également souligné le rôle de l'environnement. En effet, les succès vécus par le passé devraient susciter des attentes positives alors que les échecs impliqueraient des attentes négatives. Il est intéressant de noter que les femmes sont plus optimistes que les hommes (Lahin, Batigün et Lahin, 1998).

Afin de mesurer l'optimisme, le *Life Orientation Test* (LOT) a été créé par Scheier et Carver (1985) puis révisé (LOT-R) (Scheier, Carver et Bridges, 1994). Il est l'instrument le plus utilisé dans la littérature internationale et francophone. Sa primauté,

dans la majorité des études sur l'optimisme, démontre le choix théorique de la communauté scientifique (Bastianello et Hutz, 2016).

Dans le domaine de la santé, la littérature sur l'optimisme est abondante. Scheier et Carver (1987) ont soutenu qu'il est possible d'établir un lien entre l'optimisme et la santé, ce trait favorisant la santé physique et psychologique. L'optimisme serait également un prédicteur important de l'ajustement positif et du bien-être subjectif (Diener, Emmons, Larsen et Griffin, 1985). Les personnes optimistes auraient ainsi plus de facilité à récupérer et à s'adapter suite à une opération médicale cardiaque importante (Scheier et al., 1989) ou à un diagnostic de cancer (Carver et al., 1993).

Plus spécifiquement, de nombreuses recherches ont étudié l'effet de l'optimisme dans le cancer du sein durant toute la trajectoire du parcours de soin et durant l'après-cancer. En effet, la personnalité joue un rôle important dans la façon dont les individus attribuent un sens à leurs expériences et notamment à celle du cancer (Helgeson, Snyder et Seltman, 2004). Ainsi, la personnalité affecte les réactions émotionnelles et les perceptions du diagnostic et du traitement de la maladie comme étant négatives et menaçantes ou comme étant un défi (Helgeson et al., 2004). L'optimisme semblerait être un trait protecteur contre l'impact psychologique de la maladie (Carver et al., 2005 ; Millar, Purushotham, McLatchie, George et Murray, 2005 ; Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermstad et Ruland, 2005) et favoriserait directement le bien-être (Hodges et Winstanley, 2012). Les patients plus optimistes évalueront ainsi plus positivement leur qualité de vie et retireront davantage d'effets positifs de leur maladie à la fois pendant le traitement, mais aussi après la maladie (Peres et Santos, 2009). De plus, de faibles niveaux d'optimisme sont associés à davantage de symptômes anxieux et dépressifs (Zenger, Brix, Borowski, Stolzenburg et Hinz, 2010). Colby et Shifren (2013) ont d'ailleurs avancé, dans leur étude, que les patientes interrogées avaient des niveaux plus élevés d'optimisme que de pessimisme, une santé mentale plus positive que négative et que la majorité de l'échantillon présentait de bons scores dans tous les domaines de la qualité de vie. Les recherches ont également montré un lien fort entre optimisme et soutien social. Ainsi, l'association de ces variables suggère que la présence d'optimisme et de soutien social réduit la détresse émotionnelle au moment du diagnostic et durant le traitement et améliore ainsi le vécu des soins (Wimberly, Carver et Antoni, 2008). De plus, les femmes qui sont plus optimistes et percevant un soutien social plus effectif présenteront une meilleure qualité de vie (Bastianello et Hutz, 2016).

Concernant la période de l'après-cancer, comme nous l'avons vu, les études concernant l'ajustement des femmes sont contradictoires. Certaines ont révélé des niveaux normaux d'anxiété, de dépression et de qualité de vie et d'autres ont fait état d'une dégradation de ces indicateurs. Ainsi, Brandão, Schulz et Matos (2017) ont mis en évidence, dans leur méta-analyse, que ces variabilités interindividuelles pourrait être associées à un large éventail de facteurs notamment psychosociaux tels que l'optimisme et l'auto-efficacité. Ainsi, ils ont montré que l'optimisme, l'anxiété trait, le soutien social perçu et le bien-être psychologique initial prédisaient la détresse psychologique et la qualité de vie des femmes dans l'après-cancer. Hodges et Winstanley (2012) ont mis en avant que l'optimisme a un fort impact sur le bien-être après la maladie. Parallèlement, la relation entre l'optimisme et le bien-être peut-être également médiatisée par le soutien social et l'esprit combatif. Selon ces auteurs, les optimistes qui montrent davantage un esprit combatif pendant le diagnostic et le traitement percevront ainsi des niveaux plus élevés de soutien et d'affects positifs dans l'après-cancer. Les résultats ont également mis en évidence que l'optimisme pourrait réduire la peur de la récidive dans l'après-cancer. De plus, un nombre croissant de recherches se centrent sur le fait que l'expérience du cancer peut permettre à l'individu de tirer des bénéfices et de grandir (Cordova, Cunningham, Carlson et Andrykowski, 2001). Cependant, encore une fois, la littérature est contradictoire. Ces variabilités entre patients pourraient être expliquées, là encore, par les variabilités interindividuelles et notamment par l'optimisme (Tallman, Altmaier et Garcia, 2007). Ces auteurs ont montré que des niveaux accrus d'optimisme au départ prédisaient des niveaux inférieurs de dépression et un meilleur fonctionnement physique trois ans après un cancer. Carver et al. (2005) ont également indiqué que l'optimisme initial et le statut matrimonial prédisaient un meilleur ajustement des femmes sur le long terme. Kolokotroni, Anagnostopoulos et Hantzi (2018) se sont centrés sur l'effet de l'optimisme et des stratégies de coping sur la détresse émotionnelle dans l'après-cancer. Ils ont montré que les individus moins optimistes percevaient la situation comme plus menaçante et moins contrôlable et auraient davantage d'attentes négatives ce qui induisait une plus grande détresse. Ainsi, l'optimisme peut être considéré comme une ressource clé pour la résilience et l'ajustement chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (Saboonchi, Petersson, Alexanderson, Bränström et Wennman-Larsen, 2016).

Cependant, certains auteurs ont mis en garde sur le fait que de telles découvertes sur les bienfaits de l'optimisme peuvent être poussées à l'extrême et conduire à la « tyrannie de la pensée positive » (Peres et Santos, 2009). Ainsi, Holland et Lewis (2000) ont décrit cette situation ou le patient en oncologie se sent poussé à la fois par lui-même, mais également par l'extérieur, à n'éprouver que des émotions positives et donc à supprimer des sentiments supposés négatifs. Cette position stéréotypée va les conduire de la résignation à la culpabilité à chaque fois que le parcours de soin ne se passera pas comme prévu.

Dans le domaine du travail, Hobfoll (1989) a mis en évidence le rôle des ressources dans l'évitement de l'apparition de l'épuisement émotionnel. Ainsi, la relation entre les ressources au travail (soutien social, contrôle de son environnement, soutien social de ses collègues, autonomie) et le burnout pourrait être médiatisée par des facteurs personnels tels que l'optimisme et l'auto-efficacité et ceci d'autant plus lorsque les ressources sont faibles. Hobfoll et Shirom (2001) ont proposé quatre corollaires à la théorie de la préservation des ressources. Ainsi, ils ont indiqué que les individus doivent apporter des ressources ; que les individus disposant d'un plus grand nombre de ressources sont moins susceptibles de perdre des ressources et sont plus à même de réaliser des gains de ressources ; que les individus qui n'ont pas accès à des ressources solides sont plus susceptibles de perdre des ressources dans le sens où les pertes initiales entrainent d'autres pertes ; et enfin que de solides réserves de ressources mènent à une plus grande probabilité que les individus qui risquent la perte de ressources s'emploieront à gagner d'autres ressources (Riolli et Savicki, 2003). Hobfoll (2001) a ainsi associé ces corolaires à ses recherches sur le stress au travail en étudiant des facteurs spécifiques tels que l'optimisme-pessimisme, l'auto-efficacité et l'estime de soi. Ces ressources auraient pour principal effet de réduire le stress. Ainsi, Hobfoll et Shirom (1998) ont constaté que ces traits de personnalité qui vont permettre aux individus de développer un sentiment de résilience et de contrôle de leur environnement semblent les protéger partiellement du burnout (Lazarus, Kanner et Folkman, 1980). Riolli et Savicki (2003) ont mis en évidence que, dans des conditions où les ressources sont inférieures, la disposition à l'optimisme est susceptible d'être liée à un niveau plus faible de burnout. En effet, les individus plus optimistes se montreront plus mobilisés pour répondre à ces conditions. Ils vont utiliser des stratégies d'adaptation plus actives et vont chercher du soutien social. Ainsi, les émotions positives, comme celles associées

à l'optimisme, pourront aider la personne à surmonter les obstacles et faciliter la récupération après une perte en restaurant les ressources épuisées (Lazarus, Kanner et Folkman, 1980).

À notre connaissance, aucune étude ne lie l'optimisme, le travail et l'expérience de la maladie telle que le cancer du sein. Une autre ressource fréquemment citée et liée à l'optimisme est l'auto-efficacité.

5.3. L'auto-efficacité

L'auto-efficacité est « la croyance des individus à mobiliser des ressources nécessaires pour maitriser la plupart des situations et y réussir » (Bandura, 1977). Cette croyance est composée de deux dimensions. La première concerne l'attente d'efficacité c'est-à-dire croire que l'on possède les ressources nécessaires pour faire face, ce qui serait une notion proche de l'estime de soi. La seconde correspond à l'attente de résultats et serait proche du contrôle perçu à savoir croire que l'on va maitriser une situation et atteindre ses objectifs (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Ainsi, il va s'agir de croyances relatives à des situations particulières et non des croyances généralisées. Selon les cas de figure auxquels l'individu va être confronté, il croira être en mesure ou pas d'atteindre un niveau de performance. Cette croyance est également fortement liée à la motivation (Meyer et Verlhiac, 2004).

L'auto-efficacité se situe dans la théorie sociocognitive qui envisage le fonctionnement et le développement psychologique comme étant dépendants de l'interaction de trois facteurs qui sont respectivement le comportement, l'environnement et la personne. Le sujet est acteur dans son environnement en contrôlant et en régulant ses actions (Carré, 2003). Cette théorie est issue à la fois des courants béhavioriste et cognitiviste. Elle est de plus très utilisée dans le domaine des comportements de santé (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

L'auto-efficacité dépendrait de facteurs à la fois personnels et contextuels et serait basée sur quatre sources d'informations (Bandura, 1977). La première concerne les expériences antérieures de réussite dans des activités qui sont valorisées par l'individu. Elle représenterait la source d'information la plus efficace pour accroitre ce

sentiment. La seconde correspond à l'expérience vicariante à savoir les observations et imitations des personnes ayant réussi. L'individu va ainsi juger ses propres capacités. Le sentiment d'auto-efficacité va alors augmenter s'il réussit et plus particulièrement lors de conditions similaires. Le feedback des personnes significatives va représenter la troisième source d'information. Ils vont renforcer le sentiment de maitrise dans ces activités dans le cas d'encouragements ou au contraire diminuer ce sentiment d'efficacité personnelle lors d'une évaluation négative. Cette observation est d'autant plus vraie dans le domaine de la santé lorsqu'il s'agit de l'évaluation d'une personne considérée comme une autorité dans le domaine tel qu'un médecin par exemple. Une personne importante sur le plan affectif par exemple le conjoint peut également fortement influencer ce sentiment d'efficacité personnelle. La dernière source d'information fait référence aux états affectifs et physiologiques positifs ou négatifs associés à l'activité. Par exemple des stimuli émotionnels négatifs tels que le stress et la fatigue vont pouvoir donner au sujet le sentiment d'être moins en mesure de produire avec succès un comportement. Ainsi, il est possible d'améliorer le sentiment d'auto-efficacité par des interventions. Le bien-être subjectif sera également augmenté.

Jerusalem et Schwarzer (1992) ont développé une mesure d'auto-efficacité généralisée qui est un sentiment de compétence stable qui a trait à des problèmes très variés. L'échelle comporte dix items, a été traduite et validée dans de nombreuses langues et est utilisée dans près de trente pays du fait de ses bonnes qualités psychométriques. Les items mesurent une seule dimension générale. Il est intéressant de souligner que l'auto-efficacité mesurée avec cette échelle a une bonne validité concourante puisqu'elle corrèle significativement et négativement avec l'anxiété, la dépression, le névrosisme, le stress, le burnout et les plaintes somatiques (Meyer et Verlhiac, 2004). Le sentiment d'efficacité personnelle se distingue de l'optimisme, de l'estime de soi ou du locus of control du fait qu'il peut être spécifique à certains domaines (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

Plusieurs études ont montré les effets bénéfiques du sentiment d'auto-efficacité dans le domaine de la santé. Ainsi, Bandura a, à de nombreuses reprises, montré un impact favorable de cette variable sur la santé et le bien-être. Le sentiment d'efficacité personnelle serait probablement une variable modératrice atténuant ou amplifiant l'impact de divers évènements stressants sur la bien-être et la santé (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Il a d'ailleurs souvent été envisagé comme une variable

médiatisant les relations entre des dispositions et des performances (Schwarzer et Hallum, 2008). Luszczynska, Gutiérrez-Doña et Schwarzer (2005) ont montré que l'auto-efficacité a des liens significatifs et positifs avec de nombreux indicateurs du bien-être et de performances tels que les émotions positives, l'estime de soi, l'optimisme, la satisfaction au travail et des relations négatives et significatives avec la dépression, l'anxiété, le stress, le burnout ou les plaintes somatiques. Sarkar, Ali et Whooley (2007) ont montré que chez 84 patients coronariens le sentiment d'efficacité personnelle est resté associé à une bonne qualité de vie et à une limitation fonctionnelle moindre après contrôle des effets de la sévérité de la maladie et des symptômes dépressifs. Ainsi, l'auto-efficacité généralisée, considérée comme une disposition par plusieurs auteurs, permettrait le recours à des stratégies de coping plus efficaces face à un évènement évalué comme stressant par l'individu. Un sentiment d'efficacité personnelle élevé prédirait le recours à des stratégies de coping adaptatives telles que l'humour, l'acceptation, s'organiser et agirait comme une disposition chez des patients ayant subi une intervention chirurgicale sur une tumeur (Schwarzer, Boehmer, Luszczynska, Mohamed et Knoll, 2005). De plus, dans le domaine de la santé mentale, les personnes dépressives vont montrer une sous-estimation de leurs capacités et une faible estime de soi révélant une faible attente d'efficacité, mais également un faible contrôle perçu ou même un sentiment de perte de contrôle témoignant d'une faible attente de résultats (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

Dans le domaine du cancer, Schwarzer et al., (2005) ont mis en évidence que, chez les femmes ayant une récidive du cancer du sein, le sentiment d'efficacité personnelle est la variable qui prédit le mieux la qualité de vie émotionnelle. De plus, une méta-analyse menée par Graves (2003) montre que les interventions destinées à améliorer spécifiquement l'auto-efficacité ont eu des effets bénéfiques sur plusieurs issues émotionnelles et somatiques chez des patients cancéreux. L'impact de la chimiothérapie pourrait être plus prononcé chez des patients ayant une faible croyance en leur efficacité personnelle (Bains et al., 2012). Parallèlement, il a été constaté que chez des patients ayant souffert d'un cancer, le sentiment d'efficacité personnelle a des effets directs sur la croissance personnelle. De plus, une corrélation négative significative entre les croyances d'auto-efficacité et des symptômes d'intrusion, d'hyperactivité et de stress post-traumatique et une relation positive avec une croissance post-traumatique a été mise en évidence. En effet, les patients étaient mieux adaptés à

leur maladie et étaient donc moins enclins à présenter des manifestations psychologiques négatives. Ceux capables d'exercer un contrôle sur leurs pensées ont régulé leurs sensations et leurs comportements tandis que ceux qui n'étaient pas en mesure de se débarrasser d'intrusions sont restés hanter par les évènements traumatiques (Mystakidou et al., 2015). Lors de l'après-cancer du sein, Jones et al., (2010) ont cherché à savoir si conformément à la théorie sociocognitive, l'auto-efficacité, les capacités comportementales telles que la préparation perçue et les facteurs environnementaux (âge et facteurs liés aux traitements) pouvaient être des prédicteurs importants de la détresse chez des patients souffrants d'un cancer. Leurs résultats ont montré que l'âge plus jeune, le fait d'être plus préparée à la fin des traitements et l'auto-efficacité prédisaient 36% de la variance dans les scores de perturbation de l'humeur. Le sentiment d'efficacité personnelle et l'âge étaient responsables de 26% de la variance dans la détresse liée à la santé. Les auteurs ont souligné l'intérêt de cibler l'auto-efficacité et le sentiment de préparation perçue dans le développement d'interventions pour ces femmes lors de la transition avec l'après-cancer.

Le sentiment d'efficacité personnelle est également étudié dans le domaine professionnel. Une méta-analyse réalisée par Judge, Erez, Bono et Thoresen (2002) a montré que l'auto-efficacité a des relations avec la satisfaction professionnelle et avec la performance professionnelle. Brouwer, Reneman, Bültmann, van der Klink et Groothoff (2010) ont également mis en évidence que les personnes ayant un haut score d'auto-efficacité étaient 1,42 fois plus susceptibles d'avoir un congé maladie qui durait moins longtemps que des personnes ayant un faible niveau d'efficacité personnelle. De plus, le sentiment d'efficacité personnelle combiné au soutien social perçu serait des prédicteurs concernant le temps jusqu'au retour à l'emploi que ce soit dans le cas de maladies physiques ou mentales. Cependant, selon Huijs, Koppes, Taris et Blonk (2012), l'effet de l'auto-efficacité peut être annulé par la stigmatisation ou le soutien social chez des travailleurs qui sont de retour au travail et qui ont souffert de maladie mentale. Les auteurs ont avancé l'idée que la stigmatisation des problèmes de santé mentale dans le milieu professionnel est élevée. Les employés vont alors éviter leur lieu de travail, recevoir moins de soutien de la part de leurs collègues et de leurs supérieurs ce qui va nuire à leur retour. Ils ont également souligné que les employés souffrant de dépression et/ou d'anxiété et ayant des niveaux d'adaptation plus faibles, un sentiment moindre d'efficacité personnelle et peu d'attentes concernant l'environnement de travail étaient

plus gênés lors de leur retour à l'emploi. Ces variables entraveraient davantage cette étape que la dépression ou l'anxiété elles-mêmes (Huijs et al., 2012). De plus, un niveau faible de sentiment d'efficacité personnelle peut conduire à une perte de confiance des employés quant à leur réussite dans l'environnement de travail les conduisant à éviter ce paramètre (Huijs, Koppes, Taris et Blonk, 2017). La littérature avance également que les ressources personnelles et professionnelles amélioreraient le retour à l'emploi alors que les demandes professionnelles nuiraient à cette reprise. Huijs et ses collaborateurs (2017) ont cependant montré que les demandes liées à l'emploi et les ressources professionnelles ont un rôle limité dans le processus de retour à l'emploi. Les ressources personnelles telles que l'auto-efficacité, l'optimisme ou l'estime de soi seraient primordiales et auraient les mêmes rôles dans les processus que les ressources professionnelles. Les auteurs ont néanmoins souligné que les caractéristiques du travail peuvent influer sur le sentiment d'efficacité personnelle. Ce résultat confirme celui de l'étude de Nieuwenhuijsen, Noordik, van Dijk, et van der Klink, (2013) qui montrait que des niveaux plus faibles de symptômes dépressifs, un rythme de travail et une charge de travail moindre étaient associés à des niveaux plus élevés d'auto-efficacité. Parallèlement, le sentiment d'auto-efficacité serait une ressource pouvant protéger contre le risque d'épuisement émotionnel (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Certains auteurs ont d'ailleurs souligné que la recherche devrait approfondir les mécanismes par lesquels l'auto-efficacité affecte le burnout (Schwarzer et Hallum, 2008). La théorie de préservation des ressources a été particulièrement utilisée dans l'étude entre auto-efficacité et bien-être au travail. Siu (2013) a adopté cette théorie pour étudier la relation entre des ressources personnelles (sentiment d'efficacité personnelle, optimisme, espoir, résilience), bien-être au travail et conflit vie professionnelle-vie privée. Il a montré que ces ressources personnelles avaient un lien positif et significatif avec le bien-être au travail des participants (mesuré avec la satisfaction professionnelle et le bien-être physique/psychologique) et un meilleur équilibre vie professionnelle-vie privée mesurée cinq mois plus tard. Ces ressources seraient précieuses pour gérer les demandes et le stress sur le lieu de travail et leur impact pourrait être étendu au domaine social comme l'équilibre entre travail et famille. Ainsi, en accord avec la psychologie positive, lorsqu'un individu disposant des ressources personnelles mentionnées précédemment est confronté aux exigences issues des domaines vie professionnelle et vie privée, il évaluera positivement la tâche de combiner les deux sphères comme un

défi (van Steenbergen, Ellemers, Haslam et Urlings, 2008). Ces ressources aideront les individus à préserver leur perception de l'équilibre entre le travail et la famille et ils seront moins vulnérables à la perte future de ressources due au conflit VPvp (Siu, 2013). Notons également que dès la conception et la validation de leur échelle, Netemeyer, Boles et McMurrian (1996) ont relevé des liens forts entre le conflit vie professionnelle-vie privée et le sentiment d'efficacité personnelle. Deme et Lourel (2018) ont confirmé que le sentiment d'efficacité personnelle relèveraient plus d'une ressource personnelle de l'individu lui permettant de faire face à des situations qui se présenteraient à lui à la fois dans le milieu professionnel ou dans l'environnement familial. Cependant ces auteurs n'ont pas pu confirmer l'hypothèse que l'auto-efficacité influence négativement le conflit travail-famille. Ils ont néanmoins mis en évidence que ces croyances influencent négativement le conflit famille - travail.

Comme nous l'avons vu précédemment, le retour au travail après un cancer est un domaine de plus en plus étudiée par la littérature. Ainsi, certaines études ont lié sentiment d'efficacité personnelle, cancer et travail. En effet, le retour au travail peut être conceptualisé comme un changement complexe de comportement humain. Le travailleur va effectivement prendre la décision ou non de retourner au travail. Divers facteurs personnels, sociaux ou économiques vont influencer cette décision. Selon les modèles comportementaux, le sentiment d'efficacité personnelle va ainsi influencer ce changement de comportement et va jouer un rôle important dans le processus de retour au travail (Franche et Krause, 2002). Certains auteurs soulignent néanmoins que la recherche sur l'auto-efficacité dans un contexte de cancer s'est surtout intéressée à la compréhension de la détresse, de l'humeur et à l'adaptation psychosociale. Cependant, l'impact de cette variable sur la reprise de l'activité professionnelle a reçu moins d'attention malgré que des études sur l'invalidité au travail aient montré son poids prédictif fort. L'auto-efficacité serait donc primordiale dans le processus de récupération (Bains et al., 2012). Ainsi, les patients souffrants/ayant souffert d'un cancer pourraient avoir des difficultés à maintenir la confiance dans leur capacité à résoudre des problèmes liés au travail (Böttcher et al., 2013). Cela pourrait être dû aux troubles cognitifs tels que les problèmes de concentration ou plus de difficultés à faire face aux situations stressantes induits par les effets secondaires des traitements (Kennedy, Haslam, Munir et Pryce, 2007). Pour Duijts, Bleiker, Paalman et Beek (2017), l'application des modèles de changements de comportements n'a pas retenu

l'attention des chercheurs dans le contexte du travail et du cancer. Pourtant ces auteurs ont également souligné l'intérêt d'un changement de comportement, tel que réintégrer le lieu de travail, pour la plupart des survivants du cancer. Ainsi, le triangle « cancer, comportement, travail » est peu documenté alors que « cancer et comportement » par exemple, adopter un mode de vie sain et « travail et comportement » chez des populations ne souffrants pas de cancer sont des domaines de recherches davantage investigués. La revue de littérature de Böttcher et al. (2013) a permis de mettre en évidence que le rôle des déterminants comportementaux concernant le travail, tels qu'un sentiment d'efficacité personnelle élevée, ne devrait pas être sous-estimé. Parallèlement, le manque de soutien de la part de la famille ou du conjoint peut affecter le sentiment d'efficacité personnelle de la personne souffrant d'un cancer et avoir notamment un impact dans le cadre professionnel. En effet les proches peuvent ne pas considérer le retour au travail comme une priorité après avoir reçu le diagnostic de cancer (Dujits et al., 2013). Faciliter le développement d'une perception accrue d'auto-efficacité pourrait être un objectif thérapeutique important dans le cadre du travail après un cancer (Böttcher et al., 2013).

L'auto-efficacité et l'optimisme sont deux ressources souvent liées dans les recherches concernant le travail ou le cancer. D'autres ressources ayant recours à la sphère émotionnelle sont également mentionnées. L'expressivité émotionnelle en fait notamment partie.

5.4. L'expressivité émotionnelle

L'expression des émotions fait partie intégrante du fonctionnement adaptatif humain (Dobbs, Sloan et Karpinski, 2007). Selon la perspective fonctionnaliste, les émotions sont des systèmes complexes qui nous aident à répondre de façon adaptative aux défis et aux opportunités auxquels nous sommes confrontés dans notre environnement. C'est à ce titre qu'elles ont évolué tout au long de notre histoire (Averill et al., 1994). Les émotions peuvent être activées par des stimuli internes ou externes et constituent alors un « programme émotionnel » qui prépare l'organisme à l'action afin de faire face aux défis et aux opportunités environnementaux. Ainsi, des sentiments subjectifs, des changements physiologiques et des tendances comportementales vont

être générés et seront visibles ou non dans le comportement émotionnel exprimé (Gross et Muñoz, 1995). De nombreux auteurs s'accordent sur le fait que la réponse émotionnelle est constituée à la fois de composantes subjective (issues de nos expériences), expressive (ou comportementale) et physiologique et qu'elle varie en fonction de facteurs sociaux, culturels, mais également de la situation elle-même (Dinis, Gouveia et Xavier, 2011). La composante expressive est la composante émotionnelle la plus étudiée. Les conceptions initiales étaient relativement globales, mais aujourd'hui cette approche tend à changer. Gross et John (1995) ont souligné la nature multidimensionnelle de l'expressivité émotionnelle qui serait composée de trois facettes à savoir l'expressivité positive, l'expressivité négative et les impulsions émotionnelles. Ils l'ont défini comme l'ensemble des changements comportementaux qui accompagnent généralement les émotions par exemple les changements de l'expression faciale (sourire, froncer les sourcils…). D'autres auteurs ont apporté une définition différente. Halberstadt, Cassidy, Stifter et Parke (1995) l'ont décrit comme un motif persistant ou un style dans l'affichage des expressions verbales et non verbales qui semblent être souvent lié à l'émotion. Pour Kennedy-Moore et Watson (1999), l'expressivité émotionnelle se réfère à des comportements observables à la fois verbaux et non verbaux qui traduisent et/ou symbolisent l'expérience émotionnelle. Parallèlement, Kring, Smith et Neale (1994) ont apporté une vision unidimensionnelle de l'expressivité émotionnelle. Ils l'ont défini comme une disposition générale à exprimer des émotions indépendamment de leur valence (positive ou négative) ou du canal par lequel l'émotion est exprimée (faciale, vocale, gestuelle). Cette définition souligne l'existence de différences individuelles qui sont évaluées par le degré avec lequel chaque individu exprime extérieurement ses émotions (Dinis et al., 2011). En synthétisant les différentes définitions de cette variable, Dinis et al. (2011) ont mis en avant les caractéristiques suivantes de l'expressivité émotionnelle à savoir les changements de comportements qui accompagnent les émotions, le comportement verbal ou non verbal de l'expérience émotionnelle et la manifestation des émotions.

L'expressivité émotionnelle a été étudiée dans divers domaines. En psychopathologie, plusieurs études ont mis en évidence que ce construit est associée dans la population générale à la santé mentale et physique (Sloan et Marx, 2004). Dans certaines pathologies comme la dépression, la schizophrénie ou le trouble d'anxiété

généralisé, les résultats ont montré une perturbation de la réponse émotionnelle (Dinis et al., 2011).

La confrontation au diagnostic du cancer représente un évènement de stress majeur dans la vie d'un individu et a un impact à la fois psychologique et social sur le long terme. Ainsi, afin de s'ajuster à cette information, un traitement cognitif et émotionnel s'avère nécessaire. Boinon, Charles, Dauchy et Sultan (2011) ont alors avancé que ce traitement sera permis et facilitée par l'expression des émotions et des pensées quant au vécu du cancer dans un contexte social qui s'avèrera être soutenant. De plus, pour d'autres auteurs, l'approche émotionnelle qui implique le traitement et l'expression des émotions est associée à l'adaptation à la fois physique et psychologique chez les femmes diagnostiquées d'un cancer du sein (Stanton et al., 2000). Ainsi, une capacité à penser et exprimer ses émotions positives pendant ou à la suite d'un évènement stressant comme le cancer ou de stresseurs quotidiens pourrait diminuer ses effets délétères en développant et en élargissant son répertoire de stratégies adaptatives et en induisant une plus haute efficacité personnelle, davantage d'expériences sociales et d'affectivité positive (Gable, Reis, Impett et Asher, 2004). L'expressivité émotionnelle permettrait de diminuer la fréquence des pensées intrusives (Smyth, 1998) en les rendant plus bénignes via la réinterprétation et l'acceptation ou la désensibilisation et l'habitude (Foa et Kozak, 1986). Les femmes présentant une faible expressivité émotionnelle, c'est-à-dire celles qui n'ont pas tendance à exprimer leurs émotions, ont signalé une plus grande détresse associée à des pensées intrusives que celles montrant une forte expressivité émotionnelle (Lepore et Helgeson, 1998). Quartana, Laubmeier et Zakowski (2006) ont été plus loin et ont souligné l'importance d'étudier l'impact des différences individuelles dans l'expression émotionnelle positive et négative sur le traitement cognitif et l'ajustement psychologique dans le cancer c'est-à-dire plus spécifiquement dans la relation entre les intrusions psychologiques et respectivement la détresse et l'évitement. Ainsi, l'expressivité négative a modéré la relation entre intrusions et détresse, mais pas entre intrusions et évitement. Ne pas exprimer ses émotions liées à un cancer pourrait entrainer une détresse psychologique importante associée à des pensées intrusives et inversement. L'expressivité émotionnelle ne réduirait pas la fréquence des pensées intrusives, mais ce serait plutôt la détresse liée à leur apparition qui pourrait être diminuée par ce processus d'expressivité émotionnelle.

Boinon et al. (2011) ont mené une revue systématique de littérature afin de mesurer les effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer. Ils ont révélé des liens complexes entre expressivité émotionnelle et ajustement à la maladie. Ils ont ainsi recensé 39 études empiriques et quatre modes d'approche distincts. Le premier mode d'approche concernait les effets directs de l'expression des émotions par écrit. Effectivement les auteurs sont partis du postulat de Pennebaker (1993) qui indiquait que la confrontation au traumatisme par l'écriture aurait un effet bénéfique sur la santé physique sur le long terme en facilitant le traitement de l'information émotionnelle. En effet, traduire l'évènement traumatique en mots permettrait de déterminer ses causes et ses conséquences et donc de donner du sens. Identifier les émotions ressenties favoriserait à la fois la compréhension et l'intégration psychique de l'évènement. Les dix études recensées ne montraient que très peu d'effets de l'expression écrite sur l'ajustement psychologique. Cependant, dans le cadre de forums de discussion, deux études ont montré des effets significatifs et mélioratifs de l'expression émotionnelle sur l'humeur, le bien-être émotionnel et les préoccupations liées au cancer. De plus, les auteurs ont montré que les effets de l'expression écrite sont plus notables sur la santé physique et médicale. Ainsi, l'affirmation de soi qui est ressortie des écrits de femmes traitées pour un cancer du sein a médiatisé le lien entre l'expressivité émotionnelle en lien avec la maladie et moins de symptômes physiques mesurés à trois mois. L'affirmation de soi favoriserait le sentiment d'auto-efficacité pour faire face à la maladie (Creswell et al., 2007). Le second mode d'approche de cette revue systématique de littérature concernait les effets des ressources individuelles, à savoir à la fois des caractéristiques de personnalité et des stratégies de coping, associées à l'expression émotionnelle. Les auteurs parlaient d'approche « indirecte » dans la mesure où il s'agissait, ici, de mettre en évidence les ressources individuelles qui sous-tendent l'expressivité émotionnelle définie comme une disposition stable à exprimer ouvertement ses émotions et qui prédispose à l'acte. Cinq études recensées abordaient la question des « caractéristiques de personnalité ». Trois études ont mis en évidence aucun lien entre l'expressivité émotionnelle et la détresse psychologique (anxiété et dépression). Cependant les auteurs ont souligné qu'une étude distinguant spécifiquement émotions positives et négatives montraient une association entre expression d'émotions négatives et diminution de la détresse émotionnelle associée aux pensées intrusives (Quartana et al., 2006). Le troisième mode d'approche était qualifié

d' « inversé » et permettait de rendre compte des effets de la répression émotionnelle. Les auteurs ont souligné que l'ambivalence dans l'expression émotionnelle, c'est-à-dire la présence simultanée d'attitudes contradictoires quant au fait d'exprimer ses émotions ou non, pourrait apporter une explication au fait que, parfois, l'identification et la compréhension des émotions n'amènent pas un soulagement émotionnel. Ainsi, ils ont expliqué que les femmes ayant un cancer du sein apparaissaient généralement plus ambivalentes dans l'expression émotionnelle que les femmes du groupe contrôle. Servaes, Vingerhoets, Vreugdenhil, Keuning et Broekhuijsen (1999) ont associé cette répression à davantage d'anxiété. De plus, deux autres études l'ont lié, en plus de l'anxiété, à de la dépression et de la colère particulièrement après l'annonce du diagnostic (Iwamitsu et al., 2005). Deux études se sont centrées sur une période plus à distance. Cinq ans après le diagnostic, la non-expression des affects négatifs était associée à davantage de stress perçu, d'anxiété, de dépression et à des émotions négatives (désespoir et préoccupations anxieuses) dans l'ajustement au cancer (Ho, Chan et Ho, 2004 ; Owen et al., 2006). Enfin, la dernière approche correspondait à une approche « interactionnelle » et rendait compte de l'impact du contexte social sur la répression ou l'expression émotionnelle. Ainsi, Boinon et al. (2011) ont avancé que, si l'on se réfère à la littérature, le contexte social peut exercer une forme de limitation à l'expression des émotions. La présence d'un confident semble importante. Cependant, il parait nécessaire que la relation instaurée, le plus souvent avec le partenaire, soit de qualité afin que ce partage émotionnel soit bénéfique pour les patients (Figueiredo, Fries et Ingram, 2004). De plus, la qualité de la relation modèrerait l'impact des pensées intrusives sur les troubles de l'humeur dans le sens ou plus la qualité de la relation maritale serait perturbée plus les pensées intrusives associées à l'annonce du diagnostic seraient associées à l'anxiété et la dépression (Manne, 1999). La forme et le contenu des échanges semblent également primordiaux. Les femmes en phase de rémission d'un cancer du sein semblent présenter des niveaux élevés de pensées intrusives et d'affects dépressifs lorsqu'elles ne peuvent parler du vécu de leur maladie à leur entourage ce qui va les amener à éviter d'y penser (Cordova, Cunningham, Carlson et Andrykowski, 2001). Selon cette revue de littérature, la fréquence des échanges est également à prendre en considération. En effet, chez les femmes en rémission d'un cancer du sein, une fréquence plus élevée des discussions liées à la maladie était associée à une qualité de vie moins bonne et à un niveau plus élevé de dépression quatre ans après la chirurgie

(Ullrich, Rothrock, Lutgendorf, Jochimsen et Williams, 2008). Boinon et al. (2011) ont néanmoins souligné que la fréquence des discussions diffère selon le genre des patients. Ainsi, sur le long terme, chez les femmes traitées pour un cancer du sein, la fréquence des échanges est plus importante que pour les hommes ayant un cancer de la prostate (Ullrich et al., 2008). Les femmes n'hésiteraient pas à se confier et à rechercher du soutien auprès d'amis et de membres de leur famille même si elles privilégient le partenaire. Elles ressentiraient alors moins de détresse émotionnelle que les hommes s'il existe des barrières à cet échange. En résumé, cette revue systématique de littérature a souligné les effets bénéfiques de la présence d'un confident et de la qualité perçue comme satisfaisante de cette relation sur la diminution des pensées intrusives et des symptômes physiques. Une relation est jugée satisfaisante par les individus lorsqu'elle est perçue comme soutenante et facilitante pour l'expression des émotions. Parallèlement, les auteurs ont mis en avant les effets délétères d'une limitation interne (répression émotionnelle) ou externe (contraintes sociales) sur l'ajustement psychologique dans un contexte de cancer que ce soit au moment du diagnostic, durant la phase des traitements ou à distance.

Certains auteurs ont avancé l'idée que l'inhibition de l'expression émotionnelle est associée à des coûts psychophysiologiques (Gross, 1998), cognitifs et sociaux élevés (John et Gross, 2004). Cette idée n'a pas fait l'unanimité dans la littérature. Effectivement, l'idée que la non-expression est préférable à l'expression, au moins dans certains contextes, a également reçu un soutien empirique. Ainsi, certaines études ont associé l'expression émotionnelle à l'intensification de la détresse (Laird, 1974) ce qui peut provoquer des difficultés dans la mise en place de stratégies d'adaptation actives (Nolen-Hoeksema, 1991). La littérature est contradictoire quant à cette question et souligne la difficulté à établir une relation entre l'expression ou la non-expression des émotions et leurs possibles effets adaptatifs. Dinis et al. (2011) ont mis en avant certains facteurs à prendre en considération. Le premier concernerait le comportement expressif, dans les situations sociales, qui serait influencé à la fois par les règles culturelles, sociales, mais aussi par les croyances sur l'expression émotionnelle. Plus spécifiquement, il s'agit de schémas culturels et sociaux sur la façon et le moment où l'on exprime ses émotions. Le second facteur correspondrait au fait que la non-expression des émotions semble être plus inadaptée quand elle est associée à une tentative inflexible et permanente d'inhiber l'expression du comportement émotionnel.

Il se produirait une augmentation de la fréquence des pensées indésirables que l'individu chercherait à éviter (Wegner, 1992). Enfin, différents troubles psychopathologiques seraient associés à des « excès émotionnels » comme l'anxiété, à des « déficits » émotionnels tels que dans la dépression ou à des incohérences entre les systèmes de réponses émotionnelles avec la schizophrénie par exemple.

Concernant sa mesure, l'expressivité émotionnelle a été évaluée de diverses façons au moyen notamment de systèmes de codage d'observation, de mesures psychophysiologiques ou de questionnaires d'auto-évaluation. Dans ce travail nous ne présenterons que les questionnaires qui sont le type de mesure que nous avons choisi d'utiliser. La plupart des questionnaires considèrent que l'expressivité émotionnelle se réfère à la présentation extérieure des émotions et que cette caractéristique est stable permettant de différencier les individus entre eux. Cette technique présente néanmoins des limites. Elle suppose que le répondant soit capable de rendre compte de sa propre expressivité émotionnelle. De plus, les réponses reposent sur les souvenirs, mais aussi sur leur croyance quant à la façon dont ils pensent qu'ils devraient agir dans de telles situations. La plupart des instruments d'évaluation sont des mesures multidimensionnelles. Kring et al. (1994) ont élaboré une échelle unidimensionnelle. L'échelle d'expressivité émotionnelle (EES) permet donc d'évaluer dans quelle mesure les répondants externalisent leurs émotions indépendamment de leur valence ou leur moyen d'expression. Ici, l'expression émotionnelle est composée de l'expression positive et négative des émotions qui sont évaluées ensemble puisque le but de cette échelle est de mesurer ce construit de façon générale.

Ainsi, aucune étude à notre connaissance n'a lié travail, cancer et expressivité émotionnelle alors que ce dernier construit semble être une ressource pour le fonctionnement global de l'individu.

Nous avons vu que bien souvent, après un cancer, les valeurs de l'individu ont pu être modifiées. Nous avons décidé d'évaluer un construit plus global, la satisfaction de sa vie, et ainsi de l'intégrer à notre recherche.

5.5. La satisfaction de vie

La notion de satisfaction de vie est apparue dans la littérature scientifique à la fin des années 1960 avec notamment Bradburn (1969). L'apparition de la psychologie positive et l'essor du développement personnel a contribué à l'intérêt pour ce concept (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). La satisfaction de vie est le plus communément considérée comme la composante cognitive et évaluative du bien-être (Diener, Emmons, Larsen et Griffin, 1985). Ainsi, elle peut être définie comme « une évaluation globale de la qualité de vie d'une personne selon ses propres critères » (Shin et Johnson, 1978). Cette définition souligne l'importance de l'évaluation subjective de l'individu. En effet, la satisfaction de vie « résulte de la comparaison par une personne entre sa vie actuelle et la vie qu'elle souhaiterait avoir, selon ses normes, valeurs et idéaux » (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Cette évaluation est donc fondée sur des standards personnels et non des standards externes proposés par des chercheurs ou des théoriciens (Blais, Vallerand, Pelletier et Brière, 1989 ; Diener, 1984).

La satisfaction de vie est davantage évaluée de façon globale. Cependant, elle peut concerner divers domaines de la vie plus spécifiques tels que le travail, la famille, la santé… La satisfaction au travail est d'ailleurs un construit très étudié dans la littérature (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). À ce titre, elle peut être considérée comme un indicateur social (Fugl-Meyer, 2016). La satisfaction à l'égard de la vie est distincte de la qualité de vie. En effet, elle reflète l'évaluation de la vie d'un individu dans un modèle d'atteinte des objectifs alors que la qualité de vie concerne les limites fonctionnelles (Olsson et al., 2017). De plus, même si le niveau de satisfaction de la vie globale d'un individu varie avec le temps, il demeure généralement assez constant (Fugl-Meyer, 2016).

Les chercheurs qui étudient la satisfaction de vie se basent sur des perspectives ascendantes et descendantes (Diener, 1984). Ainsi, l'approche descendante considère ce construit comme étant fonction de traits stables, c'est-à-dire que certaines personnes ont tendance à se sentir plus satisfaites de leur vie selon ce qu'elles sont (Erdogan, Bauer, Truxillo et Mansfield, 2012). Heller, Watson et Hies (2004) ont par exemple montré que les effets de la personnalité sur la satisfaction de vie étaient influencés par la satisfaction professionnelle et la satisfaction conjugale. L'approche ascendante considère que ce construit est fonction de la satisfaction des différents domaines de la vie (Pavot et

Diener, 2008). La satisfaction de vie ne serait pas une simple moyenne de la satisfaction dans les différents domaines, car les individus ne les valoriseraient pas de la même façon (Fugl-Meyer, 2016). Le mécontentement dans un des domaines conduirait souvent à réévaluer l'importance de ce domaine (Wu, 2009). Par exemple, un individu souffrant de problèmes de santé pourrait tenter d'augmenter la satisfaction familiale (Fugl-Meyer, 2016).

Il existe plusieurs échelles afin d'évaluer la satisfaction de vie. Une des plus utilisées est sans contexte la Satisfaction With Life Scale (SWLS) de Diener et al. (1985) dont il existe une version française validée par Blais et al. (1989). Il s'agit d'un outil court en cinq items dont les qualités psychométriques ont été établies dans de nombreuses études. Ainsi, Pavot et Diener (2008) ont rassemblé les résultats de 31 études menées dans plusieurs pays et sur divers échantillons. Les auteurs ont confirmé les bonnes qualités psychométriques de l'échelle (consistance interne, fidélité test-retest). De plus, ils ont souligné que les réponses ne sont pas soumises à la désirabilité sociale. De plus, les scores moyens observés étaient compris entre 23 et 25.2 (SD = 5.8 à 6.4) pour les étudiants, entre 23.6 et 27.9 (SD = 5.3 et 6.9) pour les adultes et entre 16.1 et 24.9 (SD = 6.2 à 8.4) pour les patients. Cette échelle est particulièrement utilisée pour évaluer la satisfaction de vie chez divers groupes de patients en psychologie de la santé (Shankland et Martin-Krumm, 2012).

La satisfaction de vie est donc un indicateur fortement étudié dans la littérature. Ainsi, les premières études faisaient état de relations positives entre ce construit et le bien-être, les émotions positives et l'estime de soi et montraient des relations négatives avec le névrosisme (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). De plus, elle serait principalement indépendante du genre, mais liée à l'âge, au niveau d'éducation, au statut professionnel et à la santé perçue (Fugl-Meyer, Melin et Fugl-Meyer, 2002), mais aussi au soutien social (Laurent et al., 2011 ; Muller, Peter, Cieza et Geyh, 2012). Une méta-analyse de Chida et Steptoe (2008) a également mis en évidence que la satisfaction de vie est liée à une mortalité réduite. D'autres avantages sont mentionnés dans la littérature tels que des niveaux plus bas de plaintes quant au sommeil (Brand et al., 2010).

Dans le champ de la psychologie de la santé et plus particulièrement en oncologie, diverses études s'attachent à évaluer la satisfaction de vie. Ainsi, Chambers et al. (2017) ont montré que chez des patients souffrant d'un cancer de la prostate, une

moins bonne satisfaction de vie était liée à un âge plus jeune, à un revenu inférieur, au fait de ne pas avoir de conjoint et à davantage de détresse. En effet, les hommes plus jeunes au moment du diagnostic seraient plus à risque de montrer des niveaux de détresse élevée et une satisfaction de vie altérée. De plus, le bas niveau d'éducation du patient et l'absence de conjoint étaient liés à de moins bons résultats quant à ces deux indicateurs témoignant pour les auteurs de l'importance du statut économique et du soutien social comme ressources pour s'adapter et promouvoir une bonne satisfaction de vie. Concernant les femmes avec un cancer du sein, il existe de nombreuses études sur la qualité de vie, mais moins se rapportent à la satisfaction de vie (Olsson et al., 2017). Johnsson, Fornander, Rutqvist et Olsson (2011) ont montré, par exemple, que la chimiothérapie est associée fortement et négativement à cette évaluation à l'égard de sa vie. Fonseca, Lencastre et Guerra (2014) ont étudié la satisfaction de vie, l'optimisme, la dépression, le sens de la vie et l'image corporelle de deux groupes se distinguant par l'intervention subie : mastectomie (opération lourde où le sein entier est retiré) et tumorectomie (le sein est préservé, il n'est retiré que la tumeur ou au maximum environ le quart de la poitrine). Les auteurs ont souligné que la satisfaction de vie est un construit permettant d'appréhender et de mieux comprendre l'adaptation de ces femmes à leur maladie. Le score moyen de l'échantillon total était de 27.96 (SD = 5.63) et la médiane de 29 points, valeurs qui, selon les auteurs, sont représentatives d'un niveau élevé. Les résultats ont montré que le sens de la vie et l'optimisme étaient positivement corrélés à une bonne satisfaction de vie. Parallèlement une dépression plus élevée et une perturbation de l'image corporelle semblaient associées à une satisfaction de vie moindre. De plus, les deux groupes de femmes ne montraient pas de différences significatives dans leur score de satisfaction de vie indiquant que l'intervention subie affecte moins ce construit que l'expérience de cancer en tant que telle. Fonseca, Lencastre et Guerra (2014) ont expliqué la corrélation négative entre dépression et satisfaction de vie en soulignant que les personnes souffrant de dépression présentent une vision négative du monde et de leur propre existence et dans ce sens présentent de faibles niveaux de satisfaction de vie. De plus, les optimistes, étant plus heureux de la vie qu'ils mènent, sont davantage de bonne humeur et perçoivent davantage de soutien social expliquant ainsi les liens élevés entre optimisme et satisfaction de vie. Olsson et al. (2017) ont évalué la satisfaction de vie globalement, mais également les divers domaines de ce construit chez des femmes en âge de travailler (entre 20 et 63 ans) peu

de temps après une intervention pour un cancer du sein et en ayant recours à une approche comparative avec les niveaux de référence suédois. Ils ont mis en évidence que les femmes, après la chirurgie, étaient moins satisfaites de leur vie en générale et en particulier de leur vie sexuelle et de la relation avec leur conjoint. De plus, les femmes qui travaillaient peu de temps après la chirurgie semblaient être plus satisfaites dans les domaines financier et professionnel. Notons que le taux était même plus élevé que dans le groupe de référence. Les résultats ont également montré que seules six variables évaluées : avoir des enfants, avoir une activité professionnelle, disposer d'un soutien social émotionnel et informationnel, avoir un bon fonctionnement physique et émotionnel, étaient positivement associées à la satisfaction de vivre dans son ensemble. Les auteurs ont ainsi mis en évidence qu'un mois après la chirurgie, la satisfaction à l'égard des domaines de la vie était principalement associée au soutien social et au fonctionnement lié à la santé. Cependant, les variables liées au traitement n'ont montré aucun lien significatif avec ce construit. Une des conclusions importantes de cette étude est l'association forte entre le fonctionnement cognitif et la satisfaction de vie dans la plupart des domaines. Les troubles cognitifs demeurent une source de difficultés à la fois durant les traitements, mais perdurent souvent après. Ils peuvent ainsi altérer la satisfaction de vie globale, mais également la satisfaction au travail (Olsson et al., 2017).

La satisfaction de vie a également été évaluée dans le domaine professionnel. Ainsi, elle serait liée à moins de burnout (Haar et Roche, 2010), à davantage de rendement au travail et à une meilleure satisfaction au travail (Jones, 2006). Erdogan et al. (2012) ont effectué une revue de la littérature sur la relation entre la satisfaction de vie et le domaine du travail. Ils ont mis en avant que les études mondiales utilisent la satisfaction de vie comme mesure du bonheur par exemple Tsai en 2009. Les auteurs ont néanmoins souligné que la littérature sur le domaine de la satisfaction de vie a tendance à ignorer le travail. Selon eux, un examen des théories ascendantes fournirait un cadre pour expliquer le lien entre satisfaction à l'égard de la vie et le travail. Le travail, en plus de satisfaire les besoins financiers, interpersonnels et de statut, permettrait également d'être occupé à une activité consciente impliquant un engagement cognitif et un défi. De plus, ils ont souligné que l'expérience de conflits ou d'équilibre entre le domaine du travail et celui de la famille a un lien avec l'évaluation de sa satisfaction de vie. En effet, cette dernière est liée négativement avec le conflit entre la

vie professionnelle et la vie privée. Cependant, le conflit travail - famille a semblé avoir un plus grand impact sur cette évaluation que le conflit famille - travail (Allen, Herst, Bruck et Sutton, 2000). Plusieurs études ont révélé des liens non significatifs entre le nombre d'heures de travail et la satisfaction de vie par exemple celle de Matthews et Barnes-Farrell (2010). Cependant deux études dans cette revue de littérature ont montré un lien positif et significatif entre ces deux construits (Jackson, 1993 ; Rode, 2004). Ainsi, il est possible que le nombre d'heures travaillées réduise le temps passé en famille tout en augmentant la sécurité d'emploi perçue ou le revenu entrainant ainsi des effets positifs sur la satisfaction de vie (Erdogan et al., 2012). D'autres études ont rapporté que les conflits entre travail et famille n'impactent pas de façon directe la satisfaction de vie. Leur relation serait modéré par des traits de personnalité tels que l'auto-efficacité (Williams, Wissing, Rothmann et Temane, 2010). En effet, la confiance et la capacité des individus ayant des hauts niveaux d'efficacité personnelle à faire face aux problèmes pourraient leur permettre de mieux segmenter les différents domaines. Parallèlement, Moreno-Jiménez et al. (2009) ont montré que le détachement psychologique du travail diminuerait l'impact du conflit VPvp sur la satisfaction de vie. Enfin, indépendamment des traits de personnalité, cette forme de conflit peut avoir davantage de conséquences quant à la satisfaction de vie sur certains sous-groupes. Les femmes sembleraient montrer une corrélation négative plus forte entre ces deux construits que les hommes (Ernst Kossek et Ozeki, 1998). Erdogan et al. (2012) suggèrent également que les diverses évaluations de la satisfaction dans les domaines de la vie sont prédictrices de la satisfaction de vie globale et qu'ils servent de médiateurs reliant les expériences entre les domaines du travail (satisfaction des besoins telle que les besoins financiers, signification de l'activité comme la croissance personnelle au travail et le stress lié au travail avec par exemple le conflit vie professionnelle-vie privée) et ce construit. Pour eux, les domaines les plus pertinents sont la qualité de la vie au travail (satisfaction au travail, satisfaction quant à sa carrière, stress professionnel perçu), la qualité de la vie non professionnelle (satisfaction familiale, satisfaction quant à ses loisirs, santé) et ce qu'ils appellent le concept de soi (contrôle perçu, compétences perçues).

Wu (2009) a suggéré qu'une des façons de maintenir les niveaux de satisfaction serait de diminuer l'importance des domaines où ils font défaut. Ainsi, les employés en souffrance au travail pourront se montrer plus heureux s'ils investissent d'autres

domaines comme la famille et inversement. La famille et plus particulièrement le conjoint peut représenter une ressource aidant la femme confrontée/ayant été confrontée à un cancer à faire face aux divers défis à relever pendant et après la maladie.

6. Les ressources relatives au couple

6.1. Le couple face au cancer

La femme ayant un cancer du sein n'est pas la seule à être impactée par la survenue de la maladie. L'impact de la maladie sur l'un ou l'autre des partenaires est à prendre en considération (Li et Loke, 2014). Les études ont montré que durant la maladie, le conjoint peut avoir des niveaux d'anxiété et de dépression significativement plus élevés que les patients (Banthia et al., 2003 ; Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra et Coyne, 2008 ; Langer, Yi, Storer et Syrjala, 2010). De plus, comparativement aux hommes de la population contrôle, les conjoints de femmes ayant un cancer du sein montrent une qualité de vie inférieure, mais aussi des niveaux de dépression et d'anxiété ainsi que des sentiments d'impuissance, d'épuisement et de peur plus élevée (Lethborg, Kissane et Burns, 2003 ; Moreira et Canavarro, 2013 ; Wagner, Bigatti, et Storniolo, 2006). Les changements de rôle induit par la maladie, les perturbations dans la vie quotidienne, la possible et nouvelle dépendance d'un partenaire à l'autre peuvent être des raisons expliquant cette observation (Pankrath et al., 2018). Cependant, la littérature est contradictoire quant au fait de savoir si le conjoint présente des niveaux de détresse émotionnelle plus élevés que celle du patient. Certaines études ont mis en évidence que les conjoints sont moins touchés par ces symptômes que leur partenaire malade ou de façon équivalente (Segrestan-Crouzet, 2010). Dans l'après-cancer, la recherche a tendance à indiquer que, deux ans après le diagnostic, les conjoints présentent des scores plus élevés de détresse émotionnelle que leur partenaire malade. Cependant, sur le long terme, les différences ne sont plus notables.

Les conjoints des femmes atteintes d'un cancer du sein sont souvent leur première source de soutien (Segrestan-Crouzet, 2010). Ils ont bien souvent soutenu leur compagne physiquement et émotionnellement. Lorsque les enfants sont encore au domicile, ils se sont occupés d'eux et ont assumé les tâches au quotidien (Harrow, Wells, Barbour et Cable, 2008). Durant la période post thérapeutique, le couple doit faire face à de nouveaux défis. Les femmes en rémission et leurs conjoints montrent des réactions différentes (Fergus et Gray, 2009). Les compagnes perçoivent la fin des traitements comme l'entrée dans une nouvelle période d'incertitude et d'insécurité. Pour la plupart des conjoints, cette période résonne comme la fin de la maladie et ils ont hâte de retrouver une vie normale (Segrestan-Crouzet, 2010). Pour eux, maintenir leur couple est primordial. Ils vont alors tenter de minimiser l'impact de la maladie sur leur relation conjugale et vont se montrer positifs et soutenants (Harrow et al., 2008).

6.2. La satisfaction de sa relation de couple

Les hommes et les femmes ressentent pour la plupart le besoin de vivre en couple. La psychologie de la relation de couple prend ses racines dans diverses disciplines telles que la psychologie clinique, la psychologie développementale, la psychologie sociale ou sociocognitive, chacune reposant sur des paradigmes spécifiques et disposant d'outils diagnostiques propres (Banse et Rebetez, 2008). Lorsque l'on se centre sur le couple, l'objet d'étude n'est pas l'individu, mais la dyade. Il est alors pertinent d'étudier à la fois les comportements de la dyade, mais aussi la représentation mentale que les deux partenaires ont de la dyade (Banse et Rebetez, 2008).

Karney et Bradbury (1995) ont proposé un modèle de fonctionnement de mariage dans lequel le succès de la relation est conceptualisé par les notions de satisfaction de couple et de stabilité de la relation. À ce titre, la satisfaction de sa relation de couple est un des construits les plus étudiés dans le champ de l'évaluation des relations (Banse et Rebetez, 2008 ; Bradbury, Fincham et Beach, 2000 ; Hendrick, 1988). Plusieurs définitions sont données dans la littérature. Pour Graham, Diebels et Barnow (2011) il s'agit d' « une évaluation globale et subjective d'une relation ». Pour Gable et Poore (2008) la satisfaction de sa relation à l'autre est une évaluation cognitive

positive proche du bien-être. En plus d'être une évaluation subjective, il s'agit également de comparer sa relation aux autres (Vaughn et Matyastik Baier, 1999).

La littérature a montré que la satisfaction dans le couple est liée à de nombreuses variables. Ainsi, elle aurait un impact sur la santé mentale et physique (Rusbult et Buunk, 1993). Ainsi, une meilleure satisfaction de sa relation serait associée à une meilleure observance thérapeutique (Hafner, Rogers et Watts, 1990). Elle aurait également une influence sur le bien-être (Caruana, Money et Berthon, 2000) et serait corrélée positivement à la satisfaction de vie (Scorsolini-Comin et Santos, 2011). Ce construit serait également associé à une plus grande intimité et à une plus grande réactivité des partenaires (Laurenceau, Barrett et Rovine, 2005). Ainsi, les individus satisfaits de leur relation dépendraient davantage de leur partenaire pour traiter cognitivement leur expérience alors que ceux montrant peu de satisfaction se tourneront davantage vers d'autres sources de soutien comme la famille ou les amis (Bryant et Conger, 1999). De plus, les facteurs intrapersonnels comme le style d'attachement ou les traits de personnalité pourraient expliquer les niveaux et les variations de la satisfaction de sa relation de couple au fil du temps. Berscheid (2010) a confirmé que le nombre d'études portant sur la satisfaction et la stabilité du couple a augmenté ces dernières décennies et que les recherches font davantage preuve de rigueur méthodologique et analytique.

Dans le domaine du cancer, de nombreuses études se centrent désormais sur le couple. L'impact de la maladie sur l'un ou l'autre des partenaires ne peut pas être entièrement compris indépendamment de la relation (Li et Loke, 2014). L'une des principales tâches adaptatives auxquelles les couples sont confrontés lorsqu'ils sont face à une maladie comme le cancer est de maintenir une relation de couple satisfaisante (Lichtman, Taylor et Wood, 1987). Pourtant, malgré les nombreux changements qu'impliquent la maladie, la majorité des couples semblent être en mesure de maintenir voire pour certains d'augmenter leur satisfaction relationnelle (Dorval et al., 2005). Ainsi, Hinnen, Hagedoorn, Ranchor et Sanderman (2008) ont montré, dans leur étude, que les femmes souffrant d'un cancer du sein ne rapportaient pas des niveaux de satisfaction relationnelle plus faible que la population témoin. Ils ont d'ailleurs indiqué qu'afin de mettre véritablement à jour si la maladie a un impact sur ces femmes il conviendrait de comparer la satisfaction de sa relation à une population témoin. Les données sont cependant contradictoires. D'autres recherches mettent en avant que

l'expérience du cancer engendrerait une diminution de sa satisfaction conjugale (Couper et al., 2006 ; Ferrell, Ervin, Smith, Marek et Melancon, 2002 ; Randall et Bodenmann, 2009). Certaines études ont montré que la capacité des couples à faire face au cancer serait significativement associée à leur degré de satisfaction dans la relation (Falconier, Jackson, Hilpert et Bodenmann, 2015 ; Pankrath et al., 2018 ; Regan et al., 2014 ; Traa, De Vries, Bodenmann et Den Oudsten, 2015). Les personnes souffrant de cancer et leur partenaire qui seraient plus satisfaits de leur relation seraient plus à même de reconnaitre les besoins de chacun et de fournir du soutien (Pankrath et al., 2018). Hinnen et al. (2008) ont souligné l'importance d'étudier et d'intégrer le couple aux recherches en cancérologie, le manque de soutien conjugal ne pouvant pas être compensé par d'autres ressources.

La littérature a mis en avant certains processus qui pourraient prédire la satisfaction de sa relation de couple dans un contexte de cancer. Par exemple, un coping dyadique positif serait lié à des niveaux plus élevés de satisfaction relationnelle et un coping dyadique négatif à des niveaux inférieurs à la fois pour les personnes souffrant d'un cancer et leur partenaire (Pankrath et al., 2018). De plus, cette étude a montré que le patient et le partenaire seraient une unité d'interaction dans laquelle le coping dyadique positif permettrait une relation satisfaisante. Les traitements ont des conséquences indéniables sur la vie des patients. Cependant, Rodrigues et al. (2012) ont montré que la radiothérapie n'aurait pas d'impact sur la satisfaction de sa relation de couple chez des femmes ayant un cancer pelvien. Pankrath et al. (2018) ont fait la même constatation, mais chez des patients ayant un cancer hématologique. La santé physique des patients a également un rôle sur la satisfaction de sa relation de couple. Ross, Ranby, Wooldridge, Robertson et Lipkus (2016) ont utilisé le modèle acteur partenaire chez des couples dont l'homme souffre d'un cancer de la prostate. Ils ont montré que les effets de la qualité de vie mentale et physique des patients et des conjoints sur leur propre satisfaction et celle de leur partenaire diffèrent au fil du temps. Ainsi, des effets acteur ont mis en évidence que la santé physique du patient prédirait sa propre satisfaction relationnelle et que la santé mentale du patient et de sa femme serait toujours liée à sa propre satisfaction. De plus, les effets du partenaire ont montré que la santé mentale et physique du patient aurait un effet sur la satisfaction de l'autre un mois après le diagnostic. La santé mentale du conjoint aurait prédit la satisfaction de la relation du patient tout au long de l'année suivant le traitement. Globalement, la revue

de littérature de Traa et al. (2015) a mis en avant l'importance de la communication autour du stress, des comportements de soutien et une adaptation dyadique adéquate pour le maintien voire l'amélioration du fonctionnement et de sa satisfaction relationnelle. Ainsi, les couples qui ont pu exprimer leurs inquiétudes, leurs sentiments et leurs besoins concernant les difficultés liées au cancer ou à leur couple ont montré un fonctionnement relationnel plus élevé. L'intégration du cancer dans la vie du couple est également très importante. En effet, un fonctionnement et une satisfaction de sa relation élevée pendant et/ou après le traitement du cancer pourraient dépendre de cette intégration (Berg et Upchurch, 2007 ; Manne et Badr, 2008).

Certaines études ont été menées spécifiquement chez les femmes ayant un cancer du sein. Les bienfaits de percevoir une relation de couple satisfaisante aurait des effets bénéfiques. Ainsi, la satisfaction de sa relation de couple aurait un rôle protecteur sur leur image corporelle la première année suivant la chirurgie. Ainsi, les femmes plus satisfaites de leur relation ont montré moins de perturbation quant à leur image corporelle que celles insatisfaites deux semaines après l'opération chirurgicale. L'effet de cette variable était également observable un an après la chirurgie (Notari, Notari, Favez, Delaloye et Ghisletta, 2015). Une relation évaluée comme satisfaisante permettrait à ces femmes d'éprouver un sentiment de sécurité et le sentiment d'être aimée, ce qui peut les rassurer et les aider à mieux s'adapter aux changements induits par la maladie (Notari et al., 2015). De plus, promouvoir une communication ouverte constituerait une ressource prometteuse pour prévenir la détresse relationnelle et améliorer la satisfaction de sa relation de couple chez les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein (Hinnen et al., 2008). Le fait de cacher, dénier ses soucis et céder à son partenaire pour éviter tout désaccord et tenter de réduire le chagrin de ce dernier prédirait davantage de détresse chez les femmes ayant un cancer du sein et jugeant leur relation moins satisfaisante alors que ce ne serait pas le cas chez les femmes percevant une satisfaction moindre (Manne et al., 2007). De plus, cinq ans après le diagnostic, la détresse conjugale (c'est-à-dire une satisfaction de sa relation de couple faible) ne serait pas seulement associée chez ces femmes à de plus mauvais résultats psychologiques, mais également à une moins bonne santé et à une baisse plus marquée de l'activité physique. Leur rétablissement serait ainsi limité lorsqu'elles doivent faire face en plus à des difficultés dans leur couple. La détresse conjugale aurait

même un impact plus délétère que la présence de symptômes dépressifs persistants (Yang et Schuler, 2008).

En somme les couples peuvent réagir en tant qu'unité plutôt qu'en tant qu'individus lorsqu'ils font face au cancer ce qui influerait sur la détresse ressentie par les deux membres du couple et pourrait avoir un impact sur leur fonctionnement relationnel. De nombreuses études ont ainsi souligné l'importance d'adopter une perspective de couple pour faire face au cancer (Traa et al., 2015).

Plusieurs échelles existent afin d'évaluer ce construit. Nous avons choisi d'utiliser la *Relationship Assessment Scale* d'Hendrick (1998) dont nous proposons l'adaptation et la validation de ses qualités psychométriques en français à partir de sa version originale en langue anglaise dans ce travail de thèse.

Aucune étude à notre connaissance n'a lié la satisfaction de sa relation de couple, le travail et le cancer. Pourtant, le travail fait partie intégrante de la santé psychologique des individus (Peteet, 2000). Le conjoint est perçu comme la principale source de soutien des femmes souffrant ou ayant souffert d'un cancer. Nous avons vu que le travail, après cette maladie, peut être source de difficultés pour ces femmes. La satisfaction de sa relation de couple a un impact sur leur santé mentale. Nous émettons l'hypothèse que c'est également le cas pour la santé psychologique au travail.

Chapitre2

Problématique et hypothèses

Problématique

En France, en 2017, 400 000 nouveaux diagnostics de cancer ont été posés. Chez la femme, 58 968 nouveaux cas de cancer du sein ont été détectés au cours de cette même année. Avec le vieillissement de la population, cette incidence tend à croitre. Cependant, grâce aux progrès thérapeutiques et à un dépistage de plus en plus adapté et précoce, le taux de survie atteint les 76% à dix ans. Une femme sur dix sera touchée par cette maladie au cours de sa vie induisant que ce cancer demeure toujours un problème de santé publique. Près de 20% des cancers du sein se développent avant l'âge de 50 ans. Aujourd'hui, près de 92% de ces femmes ont repris leur activité deux ans après le diagnostic. Ainsi, ces observations amènent de plus en plus à accompagner les personnes confrontées ou ayant été confrontés à cette maladie à reprendre leur activité professionnelle qui est d'ailleurs devenue l'une des priorités du Plan cancer 2014-2019.

Même si ces progrès ont permis un probable « retour à la vie normale », l'expérience du cancer a irrémédiablement entrainé des changements et des réaménagements dans les domaines familial, social et professionnel. La littérature existante apporte de plus en plus d'informations sur le retour et/ou le maintien de l'activité professionnelle dans un contexte de cancer, mais aussi plus spécifiquement dans le cas du cancer du sein. Souvent, les études abordent les freins et les leviers de ce retour sous l'angle de la performance ou de l'impact des données sociodémographiques. Cependant, peu de place est accordée à la santé mentale au travail de ces femmes et à leur vécu subjectif. Pourtant, dans la maladie chronique en générale, il a été montré que les individus sont davantage en souffrance dans la sphère professionnelle. De plus, dans la population générale, de nombreuses études ont attesté de l'existence de stresseurs et de ressources pouvant impacter la santé mentale dans le domaine professionnel. La littérature s'est également intéressée aux ressources et aux vulnérabilités pouvant avoir un impact sur l'ajustement des femmes ayant un cancer du sein durant le traitement et dans l'après-cancer. Pourtant, il nous parait que peu de recherches sont disponibles quant à la santé mentale des femmes au travail après un cancer.

Le cancer du sein ne concerne pas uniquement la personne touchée, mais également son environnement familial et particulièrement son conjoint lorsqu'elle est en couple. Ce dernier peut également se montrer fragilisé par la survenue de la maladie de

sa compagne. En effet, lui aussi sera impacté dans sa vie familiale, sociale, mais aussi professionnelle. Pourtant, ce dernier demeure bien souvent la première source de soutien de la femme. Il apparait d'ailleurs qu'il représente une véritable ressource dans son ajustement à la maladie. Néanmoins, l'impact et le vécu du conjoint n'ont pas été étudiés dans le contexte du travail dans l'après-cancer.

Ce travail de thèse poursuit un double objectif. Il s'agira tout d'abord d'étudier la santé mentale au travail des femmes ayant un passé de cancer du sein en ayant recours à une approche comparative avec un groupe contrôle. Plus spécifiquement, il s'agira de mettre à jour les stresseurs influant sur le burnout d'une part et les ressources impactant le bien-être psychologique au travail d'autre part. Ce premier objectif se situe dans une perspective intergroupe. Le second objectif s'intéresse au couple et à la santé mentale au travail de chacun de ses membres en ayant recours à une approche dyadique et comparative. Nous souhaitions donc adopter une perspective systémique et intégrer cette dyade à nos recherches. Il s'agira là encore de mettre à jour les stresseurs et les ressources impliqués respectivement dans les processus de burnout et de bien-être psychologique au travail et d'en étudier les effets réciproques. Ce double objectif permettrait ainsi d'apporter quelques notions à cette problématique, peu étudiée, de la santé mentale dans l'après-cancer et de proposer des pistes d'interventions.

Hypothèses de recherche

Nos deux hypothèses générales de base étaient que :

- les processus mis en œuvre dans la santé mentale au travail des FAPC (évaluée à la fois sous l'angle négatif avec le burnout et positif avec le bien-être psychologique du travail) sont spécifiques à ce groupe et sont différents de ceux mobilisés par les FSPC.

- les processus mis en œuvre dans la santé mentale au travail de chaque membre du couple dont la femme a un passé de cancer est influencée par sa relation à l'autre et par les stresseurs et ressources de son conjoint.

À l'appui de la littérature, les hypothèses suivantes seront mises à l'épreuve dans ce travail de thèse :

Hypothèses de l'étude 1 : Impact des stresseurs relatifs au travail et des manifestations anxieuses et dépressives sur le burnout et ses dimensions.

ÉTUDE 1– HYPOTHESES GENERALES

- Ha : Les femmes avec un passé de cancer du sein (FAPC) sont à risque de présenter un burnout plus élevée et perçoivent davantage de stresseurs que les femmes du groupe contrôle (FSPC).

- Hb : Les stresseurs perçus par les FAPC devraient davantage affecter leur burnout que les FSPC.

Hypothèses de l'étude 2 : Impact des ressources personnelles et relatives au travail sur le bien-être psychologique au travail.

ÉTUDE 2 - HYPOTHESE GENERALE

Les femmes avec un passé de cancer sont attendues présenter significativement moins de ressources susceptibles d'influencer leur bien-être psychologique au travail que celles du groupe contrôle.

Hypothèses de l'étude 3 : Rôle médiateur des composantes du BEPT dans la relation entre la charge de travail et le burnout

ÉTUDE 3 - HYPOTHESE GENERALE

Un effet médiateur de chacune des trois composantes du BEPT (adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement dans le travail, sentiment de compétence de travail) entre la charge de travail et le burnout est attendu au sein des deux groupes.

Hypothèses de l'étude 4 : Effet de la satisfaction de sa relation de couple sur la santé mentale au travail chez les couples dont la femme a eu un cancer du sein

ÉTUDE 4 - HYPOTHESE GENERALE

La satisfaction de la relation de couple serait perçue comme une ressource protégeant d'un burnout d'une part et influant positivement sur le BEPT d'autre part chez les femmes des deux groupes comparativement à leurs conjoints.

Hypothèses de l'étude 5 : Effet des manifestations anxio-dépressives sur le burnout et des ressources personnelles sur le BEPT, une approche dyadique

ÉTUDE 5 - HYPOTHESE GENERALE

Il existe une relation d'interdépendance entre les conjoints du groupe clinique concernant l'influence des manifestations anxieuses et dépressives ou des ressources personnelles sur la santé mentale au travail.

Partie 2

Chapitre 3. Méthodologie

Chapitre 4. Analyses préalables aux traitements des données

Chapitre 5. Adaptabilité de l'échelle RAS en français

Chapitre 3

Méthodologie

1. *Design* général

2. Considérations éthiques

3. Population

4. Présentation des questionnaires

5. Procédure

6. Analyse des données

1. *Design* général

Cette thèse est composée de cinq études divisées en deux chapitres. Le premier chapitre comprend trois études dévolues à l'étude des prédicteurs du burnout et du bien-être psychologique au travail, en ayant recours à une approche comparative entre un groupe clinique et un groupe contrôle. Le deuxième chapitre comporte deux études portant sur la santé mentale au travail, en y intégrant le rôle du conjoint en tant que ressource.

L'ensemble des études est transversal, quantitatif, observationnel (non interventionnel) et multicentrique.

2. Considérations éthiques

Cette recherche est enregistrée au registre des traitements de l'Université de Lorraine, en date du 22 mars 2017 (cf. Annexe 5 page 384).

3. Population

Les critères d'inclusion et de non-inclusion sont détaillés ci-après.

3.1. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les participants ont été inclus dans l'étude après sélection selon les critères mentionnés dans le tableau ci-après (tableau 1).

Tableau 1. Critères d'inclusion et de non-inclusion des groupes clinique et contrôle

<table>
<tr><th colspan="2">Groupes</th><th>Critères d'inclusion</th><th>Critères de non-inclusion</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Groupe clinique</td><td>Femme avec un passé de cancer</td><td>• sujets féminins
• en rémission d'un cancer depuis au moins 1 an
• en activité professionnelle depuis au moins 2 ans
• être âgées entre 18 et 75 ans
• maitrise de la langue française (oral + écrit)
• ayant donné un accord de participation</td><td rowspan="2">• sans activité professionnelle
• troubles cognitifs majeurs
• pathologie médicale majeure</td></tr>
<tr><td>Conjoint des femmes avec un passé de cancer</td><td>• sujets masculins
• en activité professionnelle depuis au moins 2 ans
• être âgées entre 18 et 75 ans
• maitrise de la langue française (oral + écrit)
• ayant donné un accord de participation</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Groupe contrôle</td><td rowspan="2">Couple sans antécédents de cancer</td><td>• sujets féminins
• en activité professionnelle depuis au moins 2 ans
• être âgées entre 18 et 75 ans
• maitrise de la langue française (oral + écrit)
• ayant donné un accord de participation</td><td rowspan="2">• sans activité professionnelle
• troubles cognitifs majeurs
• pathologie médicale majeure</td></tr>
<tr><td>• sujets masculins
• en activité professionnelle depuis au moins 2 ans
• être âgées entre 18 et 75 ans
• maitrise de la langue française (oral + écrit)
• ayant donné un accord de participation</td></tr>
</table>

Les données des femmes des deux groupes ont été analysées dans les cinq études de ce travail de thèse. Celles des hommes ont fait l'objet d'analyses intégrées dans les études 4 et 5.

3.2. Recueil de données

À l'origine de ce travail de thèse, il était envisagé une inclusion de 100 couples dont la femme avait été concernée par un cancer du sein dans le passé et 100 couples non concernés par cette problématique. Pour ce faire, plus de soixante hôpitaux et associations ont été contactés, dont une dizaine a accepté d'être recontactée. Finalement, les participants ont principalement été recrutés par le biais d'associations comme *A chacun son Everest*, *Les Dames de cœur de Thionville* et par l'Institut de Cancérologie de Lorraine. Après deux ans de recueil de données, le groupe clinique est finalement composé de 88 femmes avec un passé de cancer du sein et de 20 conjoints.

Concernant le groupe contrôle, les couples ont été contactés via des personnes référentes de différents lieux d'activités professionnelles. Au total, 100 couples, à savoir 100 hommes et 100 femmes, ont été participé à cette étude.

Tous les questionnaires incomplets à hauteur de 80%, et plus, étaient d'emblée retirés de l'étude pour les deux groupes. En outre, pour la population clinique, les personnes souffrant d'un autre type de cancer que celui du sein n'ont pas été incluses dans la recherche.

Au final, la population d'étude de ce travail de thèse est composée de 308 personnes qui ont répondu à l'ensemble des questionnaires : 88 femmes avec un passé de cancer, parmi lesquelles 20 ont participé avec leur conjoint (20 couples dont 20 hommes et 20 femmes) et 100 couples sans antécédent de cancer (soit 200 personnes).

Cette thèse est composée de cinq études divisées en deux chapitres. L'ensemble des études est transversal, quantitative, observationnelle (non interventionnelle) et multicentrique. Le chapitre 6 comprend trois études et étudie l'effet de stresseurs et de ressources sur la santé mentale au travail des femmes ayant un passé de cancer en les comparants à une population contrôle. Le chapitre 7 rend compte de la santé mentale au travail des couples dont la femme a eu un passé de cancer en ayant recours à une approche dyadique et comparative. Deux études composent ce chapitre.

4. Présentation des questionnaires

Différents questionnaires ont été utilisés dans ce travail de thèse, afin d'identifier les variables les plus prédictives du burnout d'une part et du bien-être psychologique au travail d'autre part. Ces questionnaires ont été retenus en raison de leurs propriétés psychométriques, tant dans leurs versions originales que traduites. Ils figurent en Annexe 3 page 353 et Annexe 4 page 369.

4.1. Burnout – *Shirom-Melamed Burnout Measure*

L'échelle de *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM) (Shirom et Melamed, 2006) mesure l'épuisement professionnel ou *burnout* (terme usuel retenu dans ce travail de thèse). Le SMBM a été traduit et validé en français par Sassi et Neveu (2010).

Ce questionnaire générique est composé de 14 items et comprend trois dimensions : la fatigue physique (6 items), l'épuisement émotionnel (3 items) et la lassitude cognitive (5 items). Les participants sont invités à répondre sur une échelle de fréquence de type Likert allant de 1 (jamais ou presque jamais) à 7 (toujours ou presque toujours). Trois sous-scores peuvent ainsi être obtenus en plus d'un score global. Les scores sont compris entre 1 et 7 pour chaque dimension et pour le score global. Plus le score est élevé plus les individus ressentent fréquemment de la fatigue physique, un sentiment d'épuisement émotionnel et de la lassitude cognitive. Il en est de même pour l'épuisement professionnel.

La version française de cette échelle présente des alphas de Cronbach s'élevant respectivement à .91 pour l'échelle globale, .87 pour la fatigue physique, .93 pour la lassitude cognitive et .84 pour l'épuisement émotionnel. Ces indicateurs sont comparables à ceux de la version originale du SMBM (.93 score global, .87 fatigue physique, .93 lassitude cognitive et .84 épuisement émotionnel).

4.2. Échelle de bien-être psychologique au travail

Cette échelle mesure le bien-être psychologique en contexte professionnel (BEPT). La version retenue a été élaborée et validée par Dagenais-Desmarais et Savoie (2012) auprès d'un échantillon diversifié de 1080 travailleurs. Cette version fait suite à une première validation par Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie (2011) auprès de 561 travailleurs.

Cette échelle est composée de cinq dimensions relatives à l'adéquation interpersonnelle au travail, l'épanouissement au travail, le sentiment de compétence au travail, la reconnaissance perçue au travail et la volonté d'engagement au travail. Dans le présent travail de thèse, seules les trois premières dimensions ont été retenues. Chaque dimension comprend 5 items, soit 25 items au total. Chacun des énoncés est

formulé de façon positive. Les individus répondent sur une échelle de type Likert en 6 points allant de 0 (en désaccord) à 5 (tout à fait en accord). Les scores par dimension et/ou le score total peuvent être utilisés. Ces deux scores sont obtenus en calculant la moyenne pour les items d'une dimension ou le questionnaire total. Les scores obtenus sont compris entre 0 et 5. Ainsi plus les scores sont élevés plus les individus se sentent bien au travail.

L'alpha de Cronbach est de .96 pour l'ensemble du questionnaire. Pour les dimensions, il est de .92 pour l'adéquation interpersonnelle au travail, .91 pour l'épanouissement dans le travail, .86 pour le sentiment de compétence au travail, .89 pour la volonté d'engagement au travail et .83 pour la reconnaissance perçue au travail.

4.3. Charge de travail – *Workloadscale*

La charge de travail a été évaluée à l'aide d'une échelle élaborée par Caplan, Cobb et French en 1975 (Wallace, 2005). La version francophone a été réalisée par Carrier-Vernhet (2013) auprès de deux échantillons.

Cette échelle est composée de quatre items. Les individus répondent sur une échelle de type Likert allant de 1 (totalement en désaccord) à 7 (totalement en accord). Un score global est obtenu en effectuant la moyenne de l'addition des scores aux items. Plus il est élevé plus les individus considèrent avoir une charge de travail importante. Il varie de 1 à 7.

Les alphas de Cronbach de la version française auprès des deux échantillons sont.90 et .89. L'alpha est de .78 dans la version de Caplan, Cobb et French (1975).

4.4. Conflit vie professionnelle – vie privée – *Work family conflict scale*

Cette échelle a été développée par Netemeyer, Boles et McMurrian (1996). L'échelle originale comprend différentes dimensions. Le conflit vie professionnelle et

vie personnelle constitue l'une d'elles. La version francophone a été réalisée par Carrier-Vernhet (2013) auprès de deux échantillons.

La dimension concernée comporte cinq items auxquels les participants répondent sur une échelle de type Likert allant de 1 (totalement en désaccord) à 5 (totalement en accord). Le score obtenu varie de 1 à 5. Plus le score est élevé plus les individus expriment un conflit entre la vie professionnelle et la vie privée. L'alpha de Cronbach de la version francophone est de .90, équivalent à l'échelle originale de Netemeyer, Boles et McMurrian (1996) dont les alphas varient entre .88 et .89.

4.5. Manifestations anxieuses et dépressives – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

L'échelle *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) a été élaborée par Zigmond et Snaith en 1983. Plusieurs versions françaises ont été validées telles que celle Lépine, Godchau et Brun (1985) et de Ravazi, Delvaux, Farvacques et Robaye (1989). Plus récemment, Bocéréan et Dupret (2014) ont validé une version sur un échantillon de salariés, justifiant le recours à cette version dans ce travail de thèse.

L'HADS comporte 14 items évaluant les symptômes anxieux et dépressifs. Sept énoncés sont dédiés à l'évaluation de l'anxiété et 7 à celle de la dépression. Les individus sont invités à répondre sur une échelle de type Likert allant de 0 à 3 points. Un score pour chacune des dimensions est obtenu. Il varie de 0 à 21. Plus le score est élevé plus la symptomatologie anxieuse ou dépressive est présente. Bocéréan et Dupret (2014) ont par ailleurs établi les scores seuils suivants : 1/ un score inférieur ou égal à 7 n'indique pas de symptômes d'anxiété et/ou de dépression ; 2/ un score entre 8 et 11 indique une suspicion de troubles anxieux et/ou dépressifs ; 3/ un score supérieur à 11 révèle la présence de symptômes anxieux et/ou dépressifs. Le coefficient alpha de Cronbach varie de .79 pour l'anxiété et de .90 pour la dépression.

4.6. Détachement psychologique du travail

Le détachement psychologique au travail a été mesuré à l'aide de l'échelle développée par Sonnentag et Fritz en 2007. La version francophone a été réalisée par Carrier-Vernhet (2013).

Ce questionnaire comprend quatre items et les participants répondent sur une échelle de type Likertcomportant cinq modalités, allant de 1 « pas du tout d'accord » à 5 « tout à fait d'accord ». Le dernier item est inversé. Le score obtenu varie de 1 à 5. Plus le score est élevé, plus cela implique de ne pas s'investir dans des activités professionnelles en dehors du strict cadre de celui-ci. L'alpha de Cronbach de cette échelle est de .84.

4.7. Optimisme – *Life Orientation Test-Revised*

Le *Life Orientation Test-Revised (LOT-R)* a été développé par Sheier, Carver et Bridges (1994) et est la version révisée du *Life Orientation Test* de Scheier et Carver (1985). La version francophone du LOT-R a été réalisée par Trottier, Mageau, Trudel et Halliwell en 2008.

Le LOT-R est composé de dix items, six énoncés sont des évaluations personnelles et quatre sont inclus à titre de leurres. Les items d'évaluation personnelle concernent les attentes générales des individus à la fois à l'égard des conséquences positives (3 énoncés) et des conséquences négatives (3 énoncés). Le format de réponse est une échelle de type Likert allant de 0 (totalement en désaccord) à 4 (totalement en d'accord). Le score est obtenu en inversant dans un premier temps l'échelle pour les items négatifs puis en ajoutant ensuite les six items. Les énoncés à titre de leurre ne comptent pas dans la cotation. Le score obtenu est ainsi compris entre 0 et 24 ; un score élevé attestant de davantage d'attentes positives envers l'avenir. Le coefficient de cohérence interne de la version francophone est de .76, semblable à celui de la version originale (.78).

4.8. Sentiment d'efficacité personnelle – *General Self-Efficacy Scale*

L'échelle *General Self-Efficacy Scale* (GSES) a été utilisée pour mesurer l'efficacité personnelle perçue des participants de ce travail. Cet instrument a été développé par Schwarzer et Jerusalem en 1995. La version francophone a été réalisée par Dumont, Schwarzer et Jerusalem (2000).

L'échelle est composée de dix items. Les participants sont invités à répondre sur une échelle de type Likert allant de 1 (faux) à 4 (vrai). Les scores sont compris entre 10 et 40. Un score élevé indique une efficacité personnelle perçue élevée. Plus précisément, un score entre 0 et 10 exprime une très faible auto efficacité, un score situé entre 11 et 20 renseigne une auto efficacité faible, un score entre 21 et 30 indique une efficacité élevée, et enfin un score entre 31 et 40 démontre une auto efficacité très élevée. Cette échelle unidimensionnelle a été utilisée dans plusieurs pays et les alphas de Cronbach varient de .76 à .90 dans les différentes versions linguistiques, avec une moyenne de .80.

4.9. Expressivité émotionnelle – *Emotional Expressivity Scale*

L'expressivité émotionnelle a été évaluée par l'échelle *Emotional Expressivity Scale* (EES) élaborée par Kring, Smith et Neale (1994) et traduite et validée en français par Jacob, Lubart et Getz (1999). Il s'agit plus précisément de la disposition d'un individu à exprimer ses sentiments.

Cette échelle est composée de 17 items ou le participant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (jamais vrai) à 6 (toujours vrai) la fréquence avec laquelle chaque proposition le décrit. Dans un premier temps, il convient d'inverser le score aux items 2, 3, 4, 7, 10, 11,12, 15, 16 et 17. Le score global est obtenu en ajoutant la somme de tous les items. Il varie de 17 à 102. Plus le score est élevé plus l'individu a une disposition forte à exprimer ses émotions. La validation de l'EES a été effectuée sur six échantillons. La cohérence interne varie de .90 à .93.

4.10. Satisfaction de vie – *Satisfaction with life scale*

L'échelle *Satisfaction with life scale* (SWLS) a été établie par Diener, Emmons, Larsen et Griffin en 1985. La version française de l'échelle, « échelle de satisfaction de vie », a été validée par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière en 1989.

L'échelle comporte cinq items mesurés à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Le score total est obtenu en effectuant la moyenne des cinq énoncés et varie entre 5 et 35. Un score élevé indique une meilleure évaluation globale de sa vie. L'alpha de Cronbach de la version française est de .84 et est semblable à la version originale (.87).

4.11. Satisfaction de sa relation de couple –*Relationship Assessment Scale*

La satisfaction de sa relation de couple est évaluée à l'aide de la *Relationship Assessment Scale* (Hendrick, 1988) (RAS). Cet outil est composé de 7 items sous forme de phrases interrogatives. Les répondants sont invités à répondre sur une échelle de type Likert à 5 points. Les scores vont de 1 (faible satisfaction) à 5 (haute satisfaction). Les items 4 et 7 sont inversés et mesurent l'insatisfaction. Ils nécessitent donc d'être inversés au moment de la cotation (5 = 1, 4 = 2, 3 = 3, 2 = 4 et 1 = 5). Un score élevé signifie une plus grande satisfaction de sa relation. L'alpha de Cronbach est de .86.

La proposition d'une applicabilité d'échelle de la version française de la RAS a été réalisée dans ce travail de thèse (Chapitre 5, page 125).

Précisons ici que les échelles traduites et validées par Carrier-Vernhet (2013) dans son travail de thèse, ainsi que celle de Dagenais-Desmarais et Savoie (2012) ont été introduites dans ce travail après avoir obtenu l'autorisation des auteurs. Les autres échelles sont en accès libre.

5. Procédure

Les modalités de recrutement des femmes avec un passé de cancer et de leur conjoint, se sont déroulées en plusieurs étapes :

1/ Contact d'associations (sur le plan national) agissant pour le cancer du sein et des structures médicales.

2/ Après accord des associations ou structures médicales, les participants ont tous reçu, du médecin référent ou d'un membre de l'association, une enveloppe comprenant :

a/ Une lettre d'information mentionnant l'objet, les caractéristiques et les conditions de l'étude ;

b/ Deux lettres d'accord de participation ;

c / Deux questionnaires identiques, l'un pour la femme avec un passé de cancer et l'autre pour son conjoint, qui étaient anonymisés en ayant recours à un code sécurisé et complété par les participants sur la première page du questionnaire. Concernant l'identification des couples sur les questionnaires, et après avoir rappelé l'objectif de l'étude, la consigne était la suivante : « Afin de pouvoir vous identifier en tant que couple, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir renseigner ces cases de la manière suivante : 1/ les deux premières lettres du prénom du conjoint homme (ex : Antoine) ; 2/ le sexe (1 : Masculin / 2 : Féminin) ; 3/ le mois de naissance (ex : 05), ainsi que les deux derniers chiffres de l'année de naissance Du conjoint homme (ex. 67). Un exemple de cryptage d'un couple de participants prénommé Antoine et Julie pourrait être le suivant:

Pour le conjoint homme : AN_1_0567

Pour le conjoint femme : AN_2_0567

d/ une enveloppe préaffranchie au nom du présent doctorant et dont l'adresse était celle de l'Université de Lorraine et de son équipe de recherche d'appartenance.

Pour le groupe contrôle, les personnes étaient contactées via des personnes référentes des différents lieux d'activités, qui mettaient à leur disposition des questionnaires et des enveloppes préaffranchies. La procédure était par la suite identique à celle des couples avec un passé de cancer.

6. Analyse des données

Les descriptions des données en termes de fréquences, d'indicateurs de centralité (moyenne et médiane), de dispersion (quartiles, écart type), ainsi que les comparaisons de moyennes, les corrélations et les régressions ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (*Statistical Package for Social Sciences for Windows*), v. 23. En revanche, la méthode d'analyse *Partial Least Square* (PLS - Tenenhaus, Vinzi, Chatelin et Lauro, 2005) a été privilégiée pour les analyses causales.

Le niveau de signification dans tous les cas est de 5 %.

Chapitre 4

Analyses préalables aux traitements des données

1. Critères de validations des questionnaires

2. Analyses causales basées sur l'approche PLS

1. Fiabilité des questionnaires

La fiabilité de chaque questionnaire a été évaluée à l'aide de la valeur de l'indice alpha de Cronbach. Le tableau 2 présente les coefficients des échelles originales et respectivement ceux obtenus pour le groupe des FAPC et pour le groupe des FSPC.

De manière générale, les coefficients alpha de l'ensemble des questionnaires utilisés dans ce travail de thèse sont satisfaisants. Les coefficients les moins élevés sont de .61 pour l'échelle de manifestations dépressives chez les FAPC et le coefficient le plus élevé est de .95 pour l'échelle de BEPT global complétée par les FSPC.

Tableau 2. Coefficients alpha de Cronbach pour l'ensemble des échelles (FAPC et FSPC)

	α de Cronbach		
	Echelles originales	**FAPC**	**FSPC**
Burnout	.93	.94	.93
Fatigue physique	.87	.94	.93
Épuisement émotionnel	.93	.96	.94
Lassitude cognitive	.84	.81	.80
Bien-être psychologique au travail	.96	.95	.95
Adéquation interpersonnelle	.92	.87	.85
Épanouissement	.91	.92	.94
Sentiment de compétence	.86	.82	.84
Reconnaissance perçue	.89	.90	.89
Volonté d'engagement	.83	.80	.79
Charge de travail	.78	.89	.85
Conflit VPvp	.88	.85	.87
Anxiété	.70 à .90	.84	.76
Dépression	-	.61	.73
Détachement psychologique du travail	.84	.87	.87
Optimisme	.78	.78	.68
Auto-efficacité	.80	.87	.80
Expressivité émotionnelle	.90	.89	.86
Satisfaction de vie	.87	.92	.93

Nous avons également calculé les indices de fiabilité pour les couples. En raison de la faible taille de l'échantillon du groupe clinique nous avons mené ces analyses sur les femmes en couple avec et sans passé de cancer du sein d'une part et sur l'ensemble des hommes d'autre part (soit 240 personnes).

Globalement, là encore, les indices de fiabilité sont bons. L'alpha le plus faible concerne la dimension dépression de l'échelle HADS (.63) et le plus élevé concerne le BEPT global (.95).

Tableau 3. Coefficients alpha de Cronbach pour l'ensemble des échelles

	α de Cronbach		
	Échelle originale	**Femmes**	**Hommes**
Burnout	.93	.93	.93
Fatigue physique	.87	.93	.93
Épuisement émotionnel	.93	.94	.94
Lassitude cognitive	.84	.80	.83
Bien-être psychologique au travail	.96	.95	.92
Adéquation interpersonnelle	.92	.85	.82
Épanouissement	.91	.93	.90
Sentiment de compétence	.86	.84	.81
Reconnaissance perçue	.89	.89	.83
Volonté d'engagement	.83	.77	.80
Charge de travail	.78	.85	.83
Conflit VPvp	.88	.86	.87
Anxiété	.70 à .90	.79	.74
Dépression	-	.70	.63
Détachement psychologique du travail	.84	.87	.86
Optimisme	.78	.69	.75
Auto-efficacité	.80	.82	.83
Expressivité émotionnelle	.90	.86	.85
Satisfaction de vie	.87	.92	.89

2. Analyses causales basées sur l'approche PLS

2.1. Approche PLS

L'analyse prédictive des variables susceptibles de prédire le burnout ou le BEPT a été réalisée par la méthode *Partial Least Square* (PLS), en utilisant le logiciel SmartPLS 3 (Ringle, Wende et Becker, 2015). Cette méthode est adaptée aux petits échantillons.

Approche PLS

Le modèle causal utilisé est spécifié et estimé par le biais des moindres carrés partiels (*Partial Least Square* - PLS). Cette procédure d'estimation non paramétrique (Chin, 1998 ; Lohmöller, 1984) adaptée aux échantillons réduits n'impose pas des exigences distributionnelles aussi rigoureuses que l'estimation par le maximum de vraisemblance. Les procédures de rééchantillonnage (*bootstrapping* avec 5000 réplications) ont été utilisées pour estimer la significativité des paramètres du modèle.

L'évaluation du modèle consiste à rendre compte de la significativité des coefficients de chemin et des valeurs-t. Dans ce manuscrit, les évaluations des relations entre les variables reposent sur l'analyse des critères suivants :

- le R^2 s'interprète comme le pourcentage de variance de la variable à expliquer restitué par le modèle. Plus le R^2 est élevé, plus la variance des variables expliquées restituées par le modèle est élevée (effet des variables latentes indépendantes sur les variables dépendantes dans le chemin structurel). Toutes les valeurs de R^2 se situent entre 0 et 1 (0 exprimant l'absence de prédiction et 1 la pertinence prédictive parfaite).

- les *path coefficients* (coefficients de chemin) fournissent la valeur du lien entre les variables modélisées. L'effet des valeurs des coefficients de chemin est catégorisé de la manière suivante, faible (.02), modéré (.15) ou élevé (.35) (Cohen, 1988). Il est essentiel de noter que même si la taille des effets peut parfois être faible, le niveau d'importance ne peut être réduit à cela, puisque même de petites interactions peuvent être

déterminantes dans le processus décisionnel global d'un individu (Chin, Marcolin, Newsted, 2003).

- la procédure de *bootstrapping* permet de tester la significativité des chemins de régression avec un t de Student supérieur à 1,96 (valeurs-t). Cette procédure consiste à « *répliquer l'estimation du modèle de mesure sur un grand nombre de sous échantillons constitués aléatoirement dans l'échantillon principal* » (Lacroux, 2009). Dans ce manuscrit, nous avons eu recours à 5000 réplications.

2.2. Analyses multi-groupes

L'analyse PLS-MGA *(Partial Least Square-Multi-Group Analyses)* sera utilisée dans ce travail de thèse pour mettre à jour les différences significatives dans les estimations de paramètres spécifiques entre les deux groupes. Il s'agit d'un test de significativité non paramétrique calculée par une procédure *bootstrapping*, ce qui signifie que la quantité spécifiée d'échantillons *bootstrap* (5000 dans ce manuscrit) analyse séparément les sous-échantillons dans une analyse *bootstrap*. Au final, les résultats des estimations pour les deux groupes sont comparés et les différences positives sont divisées par le nombre total de comparaisons. Le seuil de signification a été fixé à $\alpha = .05$.

Chapitre 5

Applicabilité de l'échelle RAS auprès d'une population française

Étude A

Adaptation et validation française de l'échelle *Relationship Assessment Scale* (RAS) d'Hendrick (2002) : Échelle d'Évaluation de la Relation

Avant-propos

Cette partie présente les analyses préalables et préparatoires aux différentes analyses statistiques qui seront effectuées ultérieurement.

Traitements des données manquantes

De manière générale, lorsque le taux de réponse aux items était inférieur à 80% le questionnaire était retiré de l'étude. Nous n'avons retenu dans ce travail de thèse que les questionnaires sans données manquantes.

Critères de validations des questionnaires

Validations métriques

Les propriétés psychométriques de la version française de la Relationship Assessment Scale (RAS) ont été appréciées à partir des indices de cohérence interne et leur structure factorielleIci seront présentés les critères utilisés pour leurs validations métriques.

Mesure de la cohérence interne

La cohérence interne permet de vérifier la force des corrélations entre les items d'un domaine. Plus précisément, elle évalue si les items de ce domaine mesurent tous le même concept (unidimensionnalité). Plus les items sont liés, plus la cohérence interne est importante. En termes de calcul statistique, le coefficient alpha de Cronbach permet de l'estimer. Il varie de 0 à 1. Si le coefficient alpha est proche de .80, la cohérence

interne est jugée satisfaisante. Pour une valeur proche de .70, elle est jugée adéquate pour les domaines contenant peu d'items.

Mesure de la validité de structure

La validité de structure sert à définir la cohérence interne d'un outil de mesure en prenant en compte les différentes dimensions qui permettent de rendre compte du construit mesuré. Dans l'étude d'adaptation et d'applicabilité de l'échelle RAS qui sera présentée ci-après, le choix a été fait pour une analyse factorielle confirmatoire (AFC) portant sur la structuration des items et leur validité auprès d'une population française. L'AFC permet de tester la validité d'une structure factorielle définie *a priori*.

Les statistiques descriptives et la fiabilité des scores ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 23. Les analyses factorielles confirmatoires ont été menées à partir des logiciels Lavaan (Gana et Broc, 2018).

L'évaluation de la qualité de l'ajustement du modèle aux données a été réalisée à partir des indices reconnus comme les plus fiables.

χ^2 / dl : le chi-deux normé est un indice qui permet de déceler les modèles « sur-ajustés » ou « sous-ajustés ».

CFI : le *Comparative Fit Index* est l'indice relatif de comparaison qui est le moins sensible aux tailles d'échantillon. Il mesure la diminution relative du manque d'ajustement entre le modèle testé et le modèle de base. Les valeurs varient de 0 (mauvaise adéquation) à 1 (adéquation parfaite), avec comme valeur seuil .90 pour accepter un modèle.

TLI : le *Tucker-Lewis Index* est un indice d'ajustement incrémental. Il a été développé afin de pallier au fait que le NFI *(Normal Fit Index)* soit sensible à la taille de l'échantillon. Bien que des valeurs supérieures à .95 soient interprétées comme un ajustement acceptable, .97 est considérée comme valeur limite dans de nombreuses recherches. De plus, il n'est pas nécessaire que TLI soit compris entre 0 et 1, car il n'est pas normé. Le principal avantage de cet indice d'ajustement est qu'il n'est pas affecté de manière significative par la taille de l'échantillon.

SRMR : le *Standardized Root Mean Square Residual* représente l'appréciation moyenne des résidus, les résidus étant la différence entre les covariances estimées, et celles observées. Il varie entre 0 et 1 et doit se rapprocher de 0, en restant inférieur à .05 (pour n > 250) ou .08 (pour n < 205), car un bon ajustement nécessite de faibles résidus.

RMSEA : le *Root Mean Square Error of Approximation* représente la différence moyenne d'ajustement, par degré de liberté, attendue dans la population totale et non dans l'échantillon. Il est indépendant de la taille de l'échantillon et de la complexité du modèle. C'est l'un des indices les plus fiables. Une valeur inférieure à .08 relève d'un ajustement acceptable du modèle aux données (pour n < 250), alors qu'une valeur inférieure à .05 renseigne d'un bon ajustement du modèle aux données (pour n > 250).

Étude A[1]

Adaptation et validation de la version française de l'Échelle d'Évaluation de la Relation

[1]Saramago, M., Lemétayer, F., Gana, K. Adaptation et validation de la version française de l'Échelle d'Évaluation de la Relation, *Psychologie française* (article soumis en juin 2018)

Adaptation et validation de la version française de l'Échelle d'Évaluation de la Relation

Résumé

Introduction : La satisfaction de la relation de couple est un des construits les plus étudiés dans le champ de l'évaluation des relations du fait de son importance dans les divers domaines de la vie. Il est donc important de disposer d'un instrument en français permettant de mieux comprendre le fonctionnement du couple tant au niveau des ressources que des caractéristiques dysfonctionnelles.

Objectifs : Cette étude a pour objectif d'adapter la Relationship Assessment Scale (RAS) et de valider ses qualités psychométriques en français à partir de sa version originale en langue anglaise.

Méthode : Deux études ont été réalisées. Dans la première, 200 participants ont répondu à l'Échelle d'Évaluation de la Relation (EER), à la Dyadic Adjustment Scale (DAS) et à l'Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) afin d'évaluer la structure factorielle et les qualités métrologiques de la version française (fiabilité des scores, validité convergente, validité incrémentale). La seconde étude se proposait de contre-valider la structure factorielle sur une population de 114 personnes et d'examiner l'invariance sexuelle de l'EER par l'entremise d'une analyse factorielle multigroupes effectuée sur une population de 314 personnes.

Résultats : Les résultats montrent que les qualités psychométriques de l'EER sont satisfaisantes et comparables à la version originale de l'instrument. L'EER possède une structure factorielle unidimensionnelle. Les corrélations positives entre l'EER et les différentes échelles utilisées témoignent d'une bonne validité externe. L'analyse multigroupes a montré que les femmes et les hommes ont considéré de la même manière les items de l'EER et accordé à chaque item la même signification, attestant de l'invariance sexuelle de l'EER.

Conclusion : L'EER est une échelle qui offre des scores valides et fiables pour évaluer la satisfaction de la relation de couple. Les implications de l'utilisation de l'EER sont discutées à la fois pour une utilisation en clinique comme en recherche.

Abstract

Introduction: Relationship satisfaction is one of the most studied constructs in the field of relationship evaluation because of its impact on various aspects of daily life. It is therefore important to have an instrument in French to better understand couple functioning both in terms of resources and dysfunctional characteristics.

Objectives: This study aims to adapt the Relationship Assessment Scale (RAS) and validate its psychometric properties in French from its original version in English.

Method: Two studies were carried out. In the first study, 200 participants responded to the French version of the Relationship Assessment Scale (EER), the Dyadic Adjustment Scale (DAS), and the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) to assess the factor structure and psychometric propertiesof the French version (reliability, convergent validity, incremental validity). In the second study confirmatory factor analysis was used to validate the factor structure and to examine the gender invariance of the EER through a multi-factorial analysis in a population of 114 adults.

Results: The results show that the psychometric properties of the EER are acceptable and comparable to the original version of the instrument. The EER presents a one dimensional factor structure. The positive correlations between the EER and the different scales tested support good external validity. The multi-group analysis showed that both women and mensimilarly understand the items and attribute the same meaning to the questions, confirming gender invariance of the EER.

Conclusion: The French version of the EER is a valid and reliable assessment instrument of relationship satisfaction. The clinical and research implications of this scale are discussed.

1. Introduction

Les hommes et les femmes ressentent pour la plupart la nécessité de vivre en couple (Banse et Rebetez, 2008). Les interactions, au sein de cette dyade, dans l'étude du fonctionnement humain, sont de plus en plus prises en compte à la fois dans la littérature et dans la pratique clinique. Ainsi, les études montrent que les relations de couple semblent avoir une forte influence sur le vécu des individus, et ce dans différentes cultures (Goodwin, 1995).

L'école de Palo Alto a mis en évidence que l'environnement familial est important lors de la confrontation à un évènement de vie majeur (Untas, Rascle, Cosnefroy Borteyrouc, Saada et Koleck, 2011). Dans le domaine de la santé par exemple, la famille est de plus en plus impliquée dans le processus de soins (Vannotti et Vannotti, 2009). En effet, le conjoint peut avoir une influence sur la détresse émotionnelle chez des patients atteints de cancer (Untas, Koleck, Rascle et Bruchon-Schweitzer, 2012). Cette transmission d'émotions peut être expliquée par le phénomène de « contagion émotionnelle » souvent retrouvé chez les couples (Hatfield, Cacioppo et Rapson, 1993). Il peut concerner à la fois les émotions positives comme les émotions négatives. Butterworth et Rodgers (2006) ont démontré dans leur étude la contagion de la dépression dans le temps. Pour Gana, Saada, Broc, Koleck et Untas (2017), la contagion de l'humeur dépressive serait une conséquence interpersonnelle de la dépression. Le couple constituerait davantage un système émotionnel. Plus généralement, Banse et Rebetez (2008) constatent que dans les sociétés industrialisées occidentales le nombre de divorces ne cesse de croitre depuis plusieurs décennies. Ces auteurs avancent également que ce n'est pas parce que les couples demeurent ensemble qu'ils sont heureux. Une des conséquences directes est la nécessité de mieux comprendre leur fonctionnement tant au niveau des ressources que des caractéristiques dysfonctionnelles afin de fournir des outils à des thérapeutes de plus en plus sollicités (Banse et Rebetez, 2008). Baertschi, Flores Alves Dos Santos, Tissot, Canuto, Favez et Weber (2017) soulignent ainsi la nécessité d'avoir des outils qui permettent d'étudier les relations non seulement chez les couples issus de la population générale, mais également chez ceux concernés par la maladie. La compréhension des processus impliqués dans cette relation dyadique va permettre d'améliorer les stratégies de prévention et d'interventions cliniques.

Karney et Bradbury (1995) ont proposé un modèle de fonctionnement du mariage où le succès de la relation est conceptualisé par les notions de satisfaction de couple et de stabilité de la relation. Pour Brodard, Charvoz, Antonietti, Rossier, Bodenmann et Snyder (2015) s'intéresser à la qualité de la relation de couple est utile quand on cherche à mieux comprendre les processus impliqués. À ce titre, la satisfaction dans la relation de couple est un des construits les plus étudiés dans le champ de l'évaluation des relations (Banse et Rebetez, 2008 ; Bradbury, Fincham et Beach, 2000 ; Hendrick, 1988). Graham, Diebels et Barnow (2011) la définissent comme « une évaluation globale et subjective d'une relation ». Pour Gable et Poore (2008) la satisfaction de sa relation à l'autre est une évaluation cognitive positive proche du bien-être. En plus d'être une évaluation subjective, il s'agit également de comparer sa relation aux autres (Vaughn et Matyastik Baier, 1999). La littérature a montré que la satisfaction dans le couple est liée à de nombreuses variables. Ainsi, elle aurait un impact sur la santé mentale et physique (Rusbult et Buunk, 1993). Elle aurait également une influence sur le bien-être (Caruana, Money et Berthon, 2000) et serait corrélée positivement à la satisfaction de vie (Scorsolini-Comin et Santos, 2011). Berscheid (2010) confirme que le nombre d'études portant sur la satisfaction et la stabilité du couple a augmenté ces dernières décennies et que les recherches font davantage preuve de rigueur méthodologique et analytique.

Il n'est pas étonnant que les mesures d'évaluation de la satisfaction maritale se soient développées depuis la fin du siècle passé (Brodard et al., 2015). Certains outils sont plus fréquemment utilisés. Ainsi, nous pouvons citer le Dyadic Adjustment Scale (DAS) de Spanier (1976) qui est une échelle très utilisée à la fois dans la littérature internationale comme française. Cet instrument a été traduit en français par Baillargeon, Dubois et Marineau en 1986 et porte le nom d'Échelle d'Ajustement Dyadique (EAD). Il s'agit d'une mesure multidimensionnelle évaluant à la fois les attitudes, les comportements et les cognitions. Elle est utilisée comme une mesure globale de l'ajustement marital. La satisfaction dans le couple est l'une de ses sous-dimensions (Banse et Rebetez, 2008). Cette échelle est relativement longue puisqu'elle comporte 32 items dans sa version initiale. Une autre mesure fréquemment utilisée est la Marital Satisfaction Inventory (MSI) élaborée par Snyder en 1979. Cette mesure multidimensionnelle auto-administrée comporte 280 items. Une version révisée à 150 items a été adaptée et validée en français par Broadard et al. (2015). Parallèlement, le

Marital Adjustment Test (MAT) à 15 items de Locke et Wallace (1959) mesure de façon globale la satisfaction conjugale des répondants. Une version française intitulée le questionnaire d'adaptation à la vie conjugale (QAVC) a été réalisée en 1985 par Wright et Sabourin. Ces échelles présentent certains désavantages (Renshaw, McKnight, Caska et Blais, 2011). Ainsi, la DAS et le MSI sont relativement longs et donc difficilement applicables dans le cadre de la recherche ou de la clinique. La DAS n'est d'ailleurs pas une mesure générique de la satisfaction de la relation. De plus, la MAT et d'autres mesures telles que le Quality Marriage Index (Norton, 1983) et le Kansas Marital Satisfaction Scale (KMSS) (Schumm, Nichols, Schectman et Grigsby, 1983) sont brèves, mais n'évaluent que des relations maritales en omettant la diversité des types de relation des sociétés contemporaines (marié, fiancé, en concubinage…).

Afin de mesurer ce construit, Hendrick (1988) a développé un instrument spécifique, la Relationship Assessment Scale (RAS) qui est une échelle unidimensionnelle composée de 7 items. Cette échelle mesure la satisfaction de sa relation à autrui. Il s'agit d'une mesure brève unidimensionnelle. Les items composant ce test sont des phrases interrogatives. Les personnes sont invitées à répondre sur une échelle de type Lickert à 5 points. Les scores vont de 1 (faible satisfaction) à 5 (haute satisfaction). Les items 4 et 7 sont inversés et mesurent l'insatisfaction. Ils nécessitent donc d'être inversés au moment de la cotation (5 = 1, 4 = 2, 3 = 3, 2 = 4 et 1 = 5). Un score élevé signifie une plus grande satisfaction de sa relation.

La RAS est basée sur le questionnaire d'évaluation maritale d'Hendrick (1981). Pour cette version, l'auteure a ainsi cherché à élargir l'application de cette échelle aux relations de couple en général. Les changements ont consisté à remplacer les mots « mate » par « partner » et « marriage » par « relationship ». Deux items ont également été ajoutés. Dans la première étude, Hendrick (1988) a obtenu 125 personnes en couple. Dans l'étude 2, elle a obtenu une structure similaire auprès d'un second échantillon composé de 57 couples. À l'issue de ses analyses, Hendrick exprime que la RAS est aussi pertinente que la DAS pour distinguer les couples qui vont se séparer et ceux qui restent ensemble dans les mois qui suivent. Ainsi, la recherche a conclu que les résultats obtenus sont très acceptables pour un outil de 7 items.

Hendrick, Dicke et Hendrick ont réétudié l'outil en 1998 afin de fournir de nouvelles informations. Dans cette étude, ils ont montré une bonne fidélité test-retest des scores et ont également mis en évidence de bonnes qualités psychométriques, quels

que soient l'origine ethnique, l'âge ou le fait que les individus suivent une thérapie de couple ou non. Ils ont conclu que cet instrument est solide et peut être utilisé dans divers contextes.

Au vu de la littérature, nous mesurons l'intérêt d'avoir une échelle courte, générique, bien établi au niveau international et avec de bonnes qualités psychométriques afin de mesurer la satisfaction du couple. À notre connaissance, la RAS a été adaptée et validée dans 4 langues : espagnol, portugais, allemand et turque. Elle présente à chaque fois de bonnes qualités psychométriques. Aucune traduction et adaptation françaises n'a été entreprise jusqu'à présent. Cet article a donc pour objectif principal d'adapter la RAS et de valider ses qualités psychométriques en français à partir de sa version originale en langue anglaise. Pour ce faire, deux études ont été réalisées. La première se proposait d'évaluer la structure factorielle et les qualités métrologiques de la version française de l'EER (fiabilité des scores, validité convergente, validité incrémentale). À cette fin, nous avons répliqué le protocole ayant servi à la construction de version originale proposée par Hendrick (1988). La seconde étude se proposait de contre-valider la structure factorielle et d'examiner l'invariance sexuelle de l'EER par l'entremise d'une analyse factorielle multigroupes (Gana et Broc, 2018).

2. Étude 1

2. 1. Méthode

Pour adapter et valider la version française de la Relationship Assessment Scale (RAS), traduite en français par Échelle d'Évaluation de la Relation (EER), nous avons appliqué la procédure de validation transculturelle des questionnaires suggérée par la Commission Internationale des Tests (2017). Après avoir obtenu l'accord de l'auteur (Hendrick, 1988), la traduction du questionnaire original et de sa consigne a été réalisée selon le processus standardisé de traductions inversées (« *back-translation* »). L'EER a ainsi d'abord été traduite de l'anglais vers le français de manière indépendante par deux chercheurs en psychologie et une professionnelle de la santé bilingue. Un comité

d'experts composé de trois chercheurs (deux en psychologie et un en littérature anglaise) s'est ensuite réuni afin de discuter des trois versions obtenues et d'identifier les items problématiques. À l'issue de cette discussion, une version provisoire de l'EER a été suggérée. Un pré-test a ensuite été effectué afin d'analyser la clarté et la compréhension des items et de la consigne.

2.1.1. Participants et procédure

Deux cent personnes, âgées de 20 à 73 ans (*M* = 40.24 ans, *ET* = 11.77) ont participé à cette étude 1. Plus précisément, cet échantillon était constitué de 101 hommes et 99 femmes tous en couple au moment de la passation des questionnaires. Un seul couple est homosexuel. La durée de la vie en couple va d'un an à 51 ans (durée moyenne = 12.82 ans, ET = 10.629). 48% des participants sont mariés, 11% pacsés et 41% vivent en concubinage. 35% des personnes interrogées n'ont pas d'enfants, 17.5% en ont un seul, 30.5% deux, 13.5% déclarent en avoir 3 et 3.5% quatre. La majorité de notre échantillon est salariée (91%). Pour les 9% restant, ils sont autoentrepreneurs, en profession libérale, étudiants ou n'exerçant pas d'activité professionnelle. Le français était la langue maternelle de l'ensemble des répondants.

Tous les participants de cette étude, recrutés sur un plan national, étaient volontaires et ont donné un accord écrit. Afin de pouvoir les identifier en tant que couple et préserver leur anonymat, un code crypté était à renseigner par chacun des membres du couple : deux premières lettres du prénom de l'homme, le sexe du répondant, le mois et les deux derniers chiffres de l'année de naissance. Ils étaient contactés via des personnes référentes des différents lieux d'activités, qui ont mis à leur disposition des questionnaires et des enveloppes préaffranchies. La durée moyenne de passation des différents questionnaires était de 15 minutes.

2.1.2. Questionnaires

Outre les variables factuelles (âge, sexe, situation maritale…) et l'Échelle d'Évaluation de la Relation (EER), les participants ont répondu à deux autres questionnaires relatifs à la relation de couple (Dyadic Adjustment Scale) et à leur humeur anxieuse et dépressive (Hospital Anxiety Drepression Scale).

L'échelle d'ajustement dyadique (Dyadic Adjustment Scale, DAS)

L'échelle d'ajustement dyadique originale de 32 items (DAS-32) a été développée par Spanier (1976). Sabourin, Valois et Lussier (2005) ont validé une version française abrégée en 4 items (DAS-4), qui mesure la satisfaction de sa relation de couple. Plus le score est élevé, meilleure est la satisfaction de sa relation. Les indices de fiabilité sont satisfaisants pour la version française (α =.89 pour les femmes ; α =.78 pour les hommes) (Sabourin, Valois et Lussier, 2005). Le coefficient alpha obtenu à partir des scores de nos participants est de .71. Cette échelle était utilisée ici afin d'éprouver la validité convergente de la version française de l'EER.

Humeur anxieuse et dépressive (Hospital Anxiety Depression Scale, HADS)

Les humeurs anxieuse et dépressive sont mesurées grâce à l'HADS développée par Zigmond et Snaith en 1983. Cette échelle a été adaptée et validée en français dans un premier temps par Lépine (1996), puis par Bocéréan et Dupret (2014). Elle se compose de deux dimensions de 7 items. Les individus sont invités à y répondre en donnant la fréquence d'apparition de sentiments ou comportements particuliers, au cours de la semaine venant de s'écouler. Il s'agit d'une échelle en 4 points allant de 0 à 3. Un score élevé pour chacune de ces dimensions exprime des humeurs anxieuse et/ou dépressive. La version française de cette échelle présente une cohérence interne satisfaisante pour les deux dimensions : anxiété (α = .78) et dépression (α = .81) (Bocéréan et Dupret, 2014). Les coefficients alpha obtenus à partir des scores de nos participants sont de .76 pour l'anxiété et de .66 pour la dépression.L'HADS a été intégrée dans le protocole pour évaluer la validité divergente de l'EER.

La satisfaction de vie (Satisfaction with life scale)

La satisfaction de vie est évaluée à l'aide de l'échelle *Satisfaction with life scale* (SWLS) qui a été établie par Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985). La version française de l'échelle, « échelle de satisfaction de vie », a été validée par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière (1989). L'échelle comporte cinq items mesurés à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Le score total est obtenu en effectuant la moyenne des cinq énoncés et varie entre 5 et

35. Un score élevé indique une meilleure évaluation globale de sa vie. Les qualités psychométriques de la version française sont bonnes. L'alpha de Cronbach est de .84 et est semblable à la version originale de .87. Le coefficient alpha obtenu à partir des scores de nos participants est de .91. L'échelle de satisfaction de vie a été évaluée pour éprouver la validité incrémentale.

2.1.3. Analyses des données

Les statistiques descriptives, la fiabilité des scores et les analyses factorielles exploratoires ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 23. Les analyses factorielles confirmatoires ont été menées à partir des logiciels AMOS 23.0 et lavaan (Gana et Broc, 2018).

2.2. Résultats

Le tableau 4 présente les moyennes, les écarts types, du minimum et du maximum, du Skweness et du Kurtosis par item obtenus auprès de nos participants.

Tableau 4. Statistiques descriptives par items de l'EER, étude 1 (n = 200)

	M	ET	Min	Max	Skweness	Kurtosis
Item 1	4.13	.810	1	5	-.930	1.322
Item 2	4.25	.783	1	5	-1.371	3.277
Item 3	4.26	.810	1	5	-1.083	1.484
Item 4	4.27	.916	1	5	-1.066	.521
Item 5	4.13	.893	1	5	-.858	.414
Item 6	4.77	.501	3	5	-2.066	3.506
Item 7	3.80	1.172	1	5	-.560	-.719

Concernant la distribution des items, le tableau 4 révèle des coefficients significativement différents de la distribution normale au seuil de 1%. Les indicateurs d'asymétrie (Skewness) sont inférieurs à 0, indiquant une symétrie vers la gauche. Par

ailleurs, les indicateurs d'aplatissement (Kurtosis) renseignent de coefficients inférieurs à 2 pour cinq items et de deux coefficients supérieurs à 3.

Le tableau 5 rapporte les moyennes et les écarts types obtenus avec la population française et les compare avec ceux de la population de l'échantillon 1 de Hendrick (1988).

Tableau 5. Test de satisfaction de sa relation conjugale : Moyennes et Écart Type (ET)

	Échantillon 1 – Hendrick (1988)	***Échantillon français***
	Moyenne (ET)	***Moyenne (ET)***
1. *How well does your partner meet your needs ?*	*4.22 (.87)*	
Dans quelle mesure votre compagnon/compagne répond-il/elle à vos besoins ?		***4.13 (.81)***
2. *In general, how satisfied are you with your relationship ?*	*4.26 (.92)*	
Globalement jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e) de votre relation de couple ?		***4.25 (.78)***
3. *How good is your relationship compared to most ?*	*4.28 (.91)*	
Quelle est la satisfaction de votre relation de couple comparativement aux autres ?		***4.26 (.81)***
4. *How often do you wish you hadn't gotten into this relationship ?*[a]	*4.14 (.97)*	
Combien de fois vous est-il arrivé de regretter de vous être engagé dans cette relation de couple ?		***4.27 (.92)***
5. *To what extent has your relationship met your original expectations ?*	*3.94 (1.08)*	
Dans quelle mesure votre relation correspond-elle à vos attentes initiales ?		***4.13 (.89)***
6. *How much do you love your partner ?*	*4.79 (.53)*	
À quel point aimez-vous votre compagnon/compagne ?		***4.77 (.50)***
7. *How many problems are there in your relationship ?*[a]	*3.51 (1.13)*	
Combien de problèmes y a-t-il dans votre relation de couple ?		***3.80 (1.17)***

Note. **Échantillons étude Hendrick (1988)** : 1. Échantillon d'étudiants en psychologie (*n* = 125) ;

Échantillons français : N = 200.

[a] Items à renverser avant les analyses

De manière générale, les scores moyens de notre échantillon sont très proches de ceux obtenus dans l'étude originale de Hendrick (1988). Il n'y a donc aucune différence significative entre les scores obtenus par nos participants et ceux obtenus par les participants de l'étude originale de Hendrick (1988).

2.2.1. Structure factorielle

Conformément à l'échelle originale, les résultats de notre analyse factorielle ont mis à jour un modèle unidimensionnel, qui représente 59.75% de la variance entre les items.

Les saturations factorielles sont élevées pour tous les items de l'EER, allant de .52 à .87.

Afin de confirmer la structure factorielle de la version française de l'EER, une analyse factorielle confirmatoire (AFC) a été réalisée à l'aide du logiciel lavaan (Gana et Broc, 2018). L'examen préalable des coefficients d'asymétrie et d'aplatissement (Skewness et Kurtosis) a révélé que la dispersion des données ne suivait pas une loi normale. En effet, le coefficient de Mardia, qui permet d'apprécier la multinormalité, est de 41,532, attestant clairement d'une absence de multinormalité (Mardia, 1974). Ainsi, nous avons opté pour un estimateur robuste (MLR) disponible dans lavaan pour tester notre modèle de mesure. Les résultats plaident en faveur de la structure unidimensionnelle de la version française de l'EER. En effet, malgré le fait que le chi² soit significatif comme on pouvait s'y attendre ($\chi^2(14) = 30.24$, $p = .007$), les autres indices d'ajustement plaident en faveur du modèle unidimensionnel sous-tendant l'EER : CFI = .961, TLI = .941, RMSEA =.076 (.043-.109), SRMR = .037. On notera que les saturations factorielles vont de .50 (item 7) à .88 (item2).

2.2.2. Fiabilité des scores

Les scores de nos participants montrent une bonne fiabilité comme en atteste l'alpha de Cronbach dont la valeur (.87), qui est comparable à celle obtenue avec la version originale (.86). Le coefficient de fiabilité oméga (Raykov, 2001) obtenu à partir de l'analyse factorielle confirmatoire était de .88.

2.2.3. Validités convergente et divergente

De façon analogue à Hendrick (1988), pour examiner la validité convergente et divergente, nous avons corrélé l'EER avec l'échelle d'ajustement dyadique (DAS-4) (r = .43**), ainsi que les humeurs anxieuse (r = -.25**) et dépressive (r = -.27**).

La validité incrémentale (Smith, Fischer et Fister, 2003) de l'EER a été évaluée à l'aide de la satisfaction de vie et des deux échelles évaluant la relation de couples, à savoir la Dyadic Adjustement Scale (DAS) et l'Échelle d'Évaluation de la Relation (EER).

Dans un premier temps, une régression simple a révélé que la DAS prédisait de manière significative la satisfaction de vie (t = 8.655, β = .524, p < .001), en expliquant 27% de la variance. Dans un second temps, une régression hiérarchique multiple a montré que lorsque l'EER était introduite dans le modèle, elle limitait le pouvoir prédictif de la DAS (t = 1.240, β = .149, p > *.05*) par une meilleure prédiction de la satisfaction de vie (t = 3.564, β = .429, p <.001), en expliquant 32% de la variance.

3. Étude 2

3.1. Méthode

3.1.1. Participants et procédure

L'échantillon qui a servi à l'étude 2 comptait 115 personnes, âgées de 17 à 60 ans (âge moyen : 30.28 ans, ET = 10.44). Plus précisément, cet échantillon était constitué de 23 hommes et 89 femmes tous en couple au moment de la passation du questionnaire (trois participants n'avaient pas renseigné leur sexe). La durée de la vie en couple va d'un an à 38 ans (durée moyenne = 6.61 ans, ET = 7.82). 20.2% des participants sont mariés, 15.8% pacsés et 61.4% vivent en concubinage. 60.5% des personnes interrogées n'ont pas d'enfants, 16.7% en ont un seul, 14.3% deux, 2.7% déclarent en avoir 3 et 3.5% plus de quatre. Le français était la langue maternelle de l'ensemble des répondants.

3.1.2. Mesures

Outre les variables factuelles, les participants répondaient à la version de l'EER utilisée dans l'étude 1. Notons que deux personnes n'ont pas souhaité répondre aux questions relatives aux données sociodémographiques.

3.2. Résultats

Contre-validation de la structure factorielle

Afin de contre-valider la structure factorielle de l'EER, une AFC a été réalisée. Pareillement à l'étude 1, nous avons utilisé l'estimateur robuste MLR disponible dans lavaan. Les résultats, à en croire le χ^2 dont la valeur n'était pas significative ($\chi^2 = 11.04$, $dl = 14$, $p = .682$), ainsi que le CFI = 1.00, le TLI = 1.00, le RMSEA = .000, ou encore le SRMR = .037, plaident encore une fois pour la structure unidimensionnelle de l'EER. Les saturations factorielles s'élèvent de .494 (item 6) à .857 (item 2). Dans l'ensemble, on retrouve le même pattern de résultats que dans l'étude 1. On notera aussi que le coefficient de fiabilité alpha de Cronbach était de .80 et le coefficient de fiabilité oméga (Raykov, 2001) était de .80 aussi.

Invariance sexuelle de l'EER

Une analyse multigroupes a également été réalisée, afin d'examiner l'invariance de l'EER en fonction du sexe. Cette analyse a porté sur un échantillon de 314 personnes, dont 188 femmes et 124 hommes (combinant les échantillons des deux études). Le tableau 6 présente les résultats des différents tests de l'invariance de la mesure de l'EER en fonction du sexe. Un premier test a consisté à vérifier la stabilité de la structure factorielle, testée à l'aide de l'invariance configurale. Ce premier test a révélé un ajustement acceptable du modèle aux données. Un test d'invariance métrique a ensuite été réalisé, visant à renforcer l'invariance factorielle précédente. L'invariance métrique teste l'égalité des contributions factorielles entre les deux groupes. Les résultats obtenus attestent de cette invariance métrique. Un dernier test d'invariance scalaire a été effectué, afin de tester l'égalité des moyennes des indicateurs. Les résultats de ce test ont également démontré l'invariance scalaire. Ainsi, dans les deux groupes, les femmes et les hommes ont considéré de la même manière les items de l'EER et accordé à chaque item le même poids absolu, attestant de l'invariance de la mesure de l'EER.

Tableau 6. Analyse factorielle confirmatoire multigroupes (hommes versus femmes), (n = 314)

Test d'invariance	χ^2	***p***	***df***	**RMSEA**	**RMSEA [90% IC]**	**SRMR**	**CFI**	**TLI**
Configurale	55.970	.001	28	.057	[.035 - .078]	.0461	.971	.956
Métrique	63.533	.002	34	.053	[.032 - .073]	.0545	.969	.962
Scalaire	70.221	.003	41	.048	[.028 - .067]	.0544	.969	.969
ΔConfigurale-Métrique	7.563	.272	6	.004		.008	.002	.006
ΔMétrique-Scalaire	6.688	.462	7	.005		.0001	0	.007

Notes. RMSEA<.10 ; *SRMR* : proche de 0 ; *CFI* et TLI >.90

4. Discussion

L'objectif de cette étude était de présenter la version française de la Relationship Assessment Scale d'Hendrick (1988), intitulée l'Échelle d'Évaluation de la Relation (EER). Les résultats montrent que les qualités psychométriques de l'EER sont satisfaisantes et comparables à la version originale de l'instrument. Ainsi, l'indice de cohérence interne est bon à la fois pour l'étude 1 et 2 (respectivement α=.87 et α=.80) et est semblable à l'étude initiale d'Hendrick (α=.86). La moyenne de .87 mise en évidence par Graham et al. (2011) dans leur méta-analyse sur la fiabilité de la RAS confirme que l'EER présente une bonne fiabilité. Concernant les analyses factorielles confirmatoires, des deux études ont permis de conclure que l'EER possède une structure factorielle d'un facteur unique comme dans la version originale. De plus, Hendrick (1988) a noté des coefficients de corrélations élevés entre la RAS et la DAS et particulièrement pour la sous-échelle satisfaction dyadique. Ainsi, dans la présente étude, les corrélations positives entre l'EER et la DAS d'une part, et les corrélations négatives avec l'HADS d'autre part, témoignent d'une bonne validité externe.

Les analyses menées dans la présente étude mettent ainsi en avant que l'EER est une échelle valide pour mesurer la satisfaction de la relation de couple. Dans leur méta-analyse sur les échelles mesurant la satisfaction de sa relation de couple, Graham et al. (1998) soulignent qu'en comparaison à d'autres instruments, celui-ci est tout à fait pertinent pour mesurer ce construit.

Les qualités psychométriques de l'EER sont similaires à celles mises en évidence dans des études antérieures effectuées dans diverses cultures (Cassepp-Borges et Pasquali, 2011 ; Eyüp Çelik, 2014 ; Dinkel et Balck, 2005 ; Graham et al., 1998 ; Hendrick et al ., 1998 ; Hernandez, 2014 ; Moral de la Rubia, 2008; Renshaw et al., 2011 ; Vaughn et Baier, 1999).

Concernant ses domaines d'applications, l'EER est une échelle courte qui peut être utilisée à la fois en clinique ou en recherche. En effet, le fait qu'elle soit facilement administrable en fait un outil pertinent. Du point de vue clinique, Hendrick (1988) indique que comparer les réponses de chaque conjoint pourrait révéler des différences de perception qui seraient source de conflits. Cette mesure permettrait alors de prédire

les couples qui resteraient ensemble de ceux qui se sépareraient. Pour Cassepp-Borges et Pasquali (2011), cette échelle peut être utilisée pour suivre l'évolution de la satisfaction de la relation et ainsi promouvoir une meilleure qualité de vie. Plus globalement, Vaughn et Baier (1999) soulignent que mesurer la satisfaction de sa relation à l'autre serait aidant pour déterminer un des antécédents de la détresse dans la dynamique familiale.

Néanmoins, malgré des intérêts aussi bien dans le domaine de la clinique que de la recherche, ces études révèlent des limites. La satisfaction de sa relation de couple, évaluée à l'aide de l'EER, est une mesure auto-rapportée laissant entrevoir un fort biais de désirabilité sociale. Moral de la Rubia (2008) met ainsi en garde les professionnels en indiquant qu'un score élevé n'est pas toujours synonyme d'une bonne qualité de la relation. En effet, il pourrait être révélateur du déploiement de stratégies de coping afin de faire face aux difficultés dans le couple. Les individus montreraient alors une idéalisation de la relation, une exaltation des aspects positifs, une négation des défauts et un amoindrissement des problèmes. Graham et al. (2011) mettent aussi en avant qu'il est nécessaire de ne pas tirer de conclusions trop hâtives quant au score obtenu. En effet, la satisfaction de sa relation de couple est variable en fonction du moment de la relation, mais aussi de l'âge des personnes évaluées. Il est primordial de décrire consciencieusement la population interrogée. D'autres études évaluant la stabilité temporelle de l'EER sont également nécessaires.

5. Bibliographie succincte de l'étude

Banse, R., & Rebetez, C. (2008). Relation de couple : Modèles théoriques et approches diagnostiques. Dans M. Van Der Linden & G. Ceschi (Éds), Traité de psychopathologie cognitive : Bases théoriques (Tome 1; pp. 153-173). Marseille : Solal.

Cassepp-Borges, V., & Pasquali, L. (2011). Características psicométricas da Relationship Assessment Scale / Relationship Assessment Scale's psychometric characteristics. *Psico-USF*, (3), 255. https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000300002

Epstein, J., Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Beaton, D. E., & Guillemin, F. (2015). Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *Journal of Clinical Epidemiology*, *68*(4), 360-369.https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.013

Gana, K. & Broc, G. (2018). Introduction à la modélisation par équations structurales. Manuel pratique avec lavaan. Londres : ISTE editions.

Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, *50*(1), 93-98. https://doi.org/10.2307/352430

Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The Relationship Assessment Scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, *15*(1), 137-142. https://doi.org/10.1177/0265407598151009

Partie 3

Chapitre 6

La santé mentale au travail des femmes ayant eu un cancer du sein : études comparatives avec un groupe contrôle

Chapitre 7

Étude de la santé mentale au travail des couples dont la femme a eu un cancer du sein : approche dyadique et comparative

Analyses préliminaires

Afin de vérifier la structure des relations entre les variables retenues dans ce travail de thèse, une analyse en composantes principales (ACP) avec rotation Varimax a été réalisée sur l'ensemble des variables, à savoir le bien-être psychologique au travail, l'optimisme, l'auto-efficacité, la satisfaction de vie, le détachement psychologique du travail, l'expressivité émotionnelle, le burnout, le conflit VPvp, la charge de travail, l'anxiété et la dépression. Cette ACP a également été effectuée sur l'ensemble de la population (n = 308) composée de 88 femmes avec un passé de cancer du sein, 20 conjoints de femmes ayant eu un cancer du sein, 100 femmes et 100 hommes du groupe contrôle.

Analyse en composantes principales

Les résultats de cette ACP sont présentés dans le tableau 7. L'indice d'adéquation de l'échantillon à la factorisation (Kaiser Meyer Olkin, KMO = .80) ainsi que le test de sphéricité Bartlett ($\chi^2(45) = 771.53$, $p = .00$) sont très satisfaisants.

L'ACP donne une solution en deux dimensions expliquant 50.26% de la variance totale. La première composante explique 34.69% de la variance et regroupe les variables qui peuvent rendre compte de la santé psychologique telles que le burnout, l'anxiété, la dépression (saturations négatives), le bien-être psychologique au travail, l'optimisme, l'auto-efficacité et la satisfaction de vie (saturations positives). La seconde explique 15.57% de la variance et regroupe les variables relatives au contrôle du burnout comme le conflit vie-professionnelle vie privée, la charge de travail (saturations positives) et le détachement psychologique du travail (saturation négative).

Tableau 7. Analyse factorielle avec rotation Varimax

	Composantes	
	F1	**F2**
Burnout	**-.59**	.42
Conflit vie privée-vie professionnelle	-.04	**.72**
Charge de travail	.07	**.68**
Anxiété	**-.68**	.45
Dépression	**-.54**	.48
Bien-être psychologique du travail	**.68**	.10
Optimisme	**.71**	-.08
Auto-efficacité	**.70**	.17
Satisfaction de vie	**.64**	-.15
Détachement psychologique du travail	.10	**-.63**
R^2	**34.69%**	**15.57%**

Il est à noter que l'expressivité émotionnelle a été retirée des analyses, en raison d'une faible saturation exprimée de manière similaire sur les deux facteurs (saturation de .11 sur le F1 et de .15 sur le F2). L'expressivité émotionnelle a par conséquent été retirée de ce travail de thèse.

Finalement, l'ACP a permis de justifier la création pour l'étude 5 d'une première variable latente relative aux manifestations anxio-dépressives regroupant l'anxiété et la dépression et d'une seconde variable latente renvoyant aux ressources personnelles regroupant l'optimisme et l'auto-éfficacité. En revanche, l'ACP n'a pas permis de retenir l'expressivité émotionnelle en raison de ses faibles saturations sur les deux facteurs.

Chapitre 6

La santé mentale au travail des femmes avec un passé de cancer du sein : Etude comparative avec un groupe contrôle

Étude 1 – Influence des stresseurs relatifs à la vie professionnelle sur le burnout : étude comparative entre des femmes avec et sans passé de cancer du sein

Étude 2 – Effet des ressources personnelles et relatives au travail sur le bien-être psychologique au travail chez les femmes avec un passé de cancer : étude comparative avec une population contrôle

Etude 3 – Rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout

Avant-propos

Le chapitre 6 de la partie 3 - Résultats comprend trois études ayant pour but d'examiner les stresseurs et les ressources qui influent sur la santé mentale au travail (burnout et bien-être psychologique au travail) des femmes ayant eu un cancer du sein et de les comparer à un groupe contrôle. Les données présentées dans cet avant-propos correspondent aux données sociodémographiques de ces deux groupes de participants pour ces trois études.

Données sociodémographiques des deux groupes

188 femmes, dont 88 avec un passé de cancer du sein (groupe clinique) et 100 femmes sans passé de cancer (groupe contrôle) ont participé aux trois études de ce chapitre. Toutes les participantes du groupe clinique ont été concernées par un cancer du sein. L'âge moyen de ce groupe est de 49 ans. Concernant leur statut matrimonial 77% des femmes de ce groupe vivent en couple et 66% ont plus de deux enfants. S'agissant de leurs professions et catégories socioprofessionnelles, 39% sont cadres ou occupent une profession intellectuelle supérieure, 29% occupent une profession intermédiaire (éducatrices, infirmières…), 27% sont employées, 3% sont ouvriers et 2% artisans ou commerçants.

L'âge moyen des femmes du groupe contrôle est de 39 ans. Toutes les femmes de cet échantillon vivent en couple et 48% des femmes de ce groupe ont deux enfants ou plus. Concernant leurs professions et catégories socioprofessionnelles, 47% sont des employés, 26% sont cadres ou occupent une profession intellectuelle supérieure, 21% exercent une profession intermédiaire, 4% sont ouvriers et 1% agriculteur.

Les deux groupes de cette étude ne sont pas homogènes. En effet, les femmes ayant un passé de cancer sont significativement plus jeunes (p = .00) et exercent une activité significativement différente (p = .04), au sens où les FSPC sont majoritairement employés alors que les FAPC sont pour la plus grande proportion des cadres. De plus, la plus large part des femmes des deux groupes a plus de deux enfants. Cependant, les FSPC sont plus nombreuses que les FAPC à ne pas avoir d'enfants (p = .003). Ces résultats sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8. Données sociodémographiques (FAPC et FSPC)

Caractéristiques démographiques	**FAPC(n=88)**	**FSPC(n=100)**	***p****
Age (année)			.000***
Moyenne (étendue)	48.98 (31 - 61)	38.92 (20 - 71)	
Données manquantes	1	0	
Statut matrimonial (n ; %)			.000***
Célibataire	20 (23 %)		
En couple	68 (77 %)	100 (100 %)	
Nb enfants (n ; %)			.003**
Aucun	13 (14.8 %)	37 (37 %)	
1	17 (19.3 %)	15 (15 %)	
plus de 2	58 (65.9 %)	48 (48 %)	
Catégorie socio-professionnelles (n ; %)			.041*
1. agriculteurs	_	1 (1 %)	
2. artisans ou commerçants	2 (2 %)	_	
3. cadres	34 (38.6 %)	26 (26 %)	
4. professions intermédiaires	25 (28.4 %)	21 (21 %)	
5. employées	24 (27.3 %)	47 (47 %)	
6. ouvriers	3 (3.4 %)	4 (4 %)	
Données manquantes		1 (1 %)	

* p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

À noter : Un test t de Student a été réalisé pour l'âge et un test de Chi-deux (χ^2) a été effectué pour les variables nominales.

Initialement, le recueil des données prévoyait la constitution du groupe clinique comme un préalable à la constitution du groupe contrôle. Or, les délais de retour de questionnaires du groupe clinique sur une période de plus de deux ans ont incité à recueillir les données auprès du groupe contrôle avant même l'inclusion de l'ensemble des participants du groupe clinique. De fait, si l'échantillon répond aux critères

d'inclusion, aucun des critères sociodémographiques n'a cependant permis d'égaliser nos deux groupes.

Données médicales du groupe des FAPC

Les données médicales des 88 femmes avec un passé de cancer du sein sont résumées dans le tableau 9 et 10. La majorité des FAPC présentait une tumeur de taille 2 (36.4%). De plus, elles ont pour la majorité été traitée par chimiothérapie (87.4%) et radiothérapie (89.9%). 72.2% des femmes ont également subi une intervention chirurgicale. Le temps moyen depuis l'arrêt des traitements est d'environ 4 ans. La plus grande partie des femmes n'a pas maintenu son activité professionnelle durant les traitements (81.8%) et a repris en moyenne 13.3 mois après le début de l'arrêt de travail. Peu de femmes ne sont pas satisfaites de leur état de santé (4.5%). Elles sont en majorité moyennement satisfaites (53.4%), mais 42% s'estiment très satisfaites.

Tableau 9. Caractéristiques médicales (FAPC)

Caractéristiques médicales	**FAPC(n=88)**
	n (%)
Taille tumeur	
1	11 (12.5)
2	32 (36.4)
3	25 (28.4)
4	6 (6.8)
5	1 (1.1)
Données manquantes	13 (14.8)
Type de traitement	
Chimiothérapie	76 (87.4)
Chirurgie	64 (72.7)
Radiothérapie	79 (89.8)
Hormonothérapie	31 (42)
Données manquantes	1 (1.1)
Cancer primitif	
oui	83 (94.3)
non	3 (3.4)
Données manquantes	2 (2.3)

Récidive	
oui	11 (12.5)
non	60 (68.2)
Données manquantes	17 (19.3)
Métastases	
oui	10 (11.4)
non	68 (77.3)
Données manquantes	10 (11.4)
Atteinte ganglions lymphatiques	
oui	49 (55.7)
non	38 (43.2)
Données manquantes	1 (1.1)
État de santé	
Très satisfaisant	37 (42)
Moyennement satisfaisant	47 (53.4)
Pas satisfaisant	4 (4.5)
Temps depuis arrêt traitement (en année)	
Moyenne (étendue)	3.69 (1-23)
Données manquantes	21

Tableau 10. Caractéristiques professionnelles liées au cancer (FAPC)

Maintien activité / traitement	
oui	15 (17)
non	72 (81.8)
Données manquantes	1 (1.1)
Si non combien de temps (en mois)	13.3 (1 - 48)
Données manquantes	22

Étude 1[2][3][4]

Influence des stresseurs relatifs à la vie professionnelle sur le bunout : étude comparative entre des femmes avec et sans passé de cancer du sein

Dans cette étude seront respectivement présentées les analyses descriptives des stresseurs et du burnout des femmes des groupes clinique et contrôle. Ces premières analyses seront suivies par des analyses comparatives puis de corrélation concernant ces variables au sein des deux groupes. Pour terminer, des modèles de régression viseront à identifier les stresseurs les plus prédictifs d'un burnout dans les deux groupes.

[2]Saramago, M., Lemétayer, F. *Influence des stresseurs relatifs à la vie professionnelle sur le burnout : étude comparative entre des femmes avec et sans passé de cancer du sein* (article en préparation)

[3]Saramago, M., Lemétayer, F. (2018). Burnout et retour au travail après un cancer : étude comparative entre des adultes avec et sans passé de cancer.Communication orale présentée à la 23e Journées Internationales de Psychologie Différentielle organisée par l'University of Luxembourg, Luxembourg, 4-6 Juillet 2018.

[4]Saramago, M., Lemétayer, F. (2018). Influence de stresseurs relatifs à la vie professionnelle sur le burnout : étude comparative entre des femmes avec et sans passé de cancer du sein. Communication orale présentée au Xe congrès francophone de psychologie organisée par l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Metz, 13-15 Juin 2018.

Influence des stresseurs relatifs à la vie professionnelle sur le burnout : étude comparative entre des femmes avec et sans passé de cancer du sein

1. Introduction

La reprise de l'activité professionnelle signe pour beaucoup l'espoir d'un retour à la « vie normale », mais elle est souvent marquée par la découverte de nouvelles incapacités (Chassaing et Waser, 2010). Sur le long terme, les difficultés vécues par ces femmes peuvent engendrer un épuisement conduisant à un sentiment d'échec et d'épuisement professionnel appelé aussi burnout.

L'épuisement professionnel ou burnout est défini par « un épuisement physique, émotionnel et cognitif résultant d'une diminution continue des ressources valorisées par l'individu du fait d'une exposition chronique à un stress professionnel » (Shirom et Melamed, 2006). Selon la théorie de conservation des ressources (Shirom, 1989), le burnout correspond à la dernière phase d'un long processus issu d'un long épuisement des ressources dont dispose l'individu. Divers stresseurs ont été mis en évidence comme pouvant compromettre la capacité à maintenir les ressources existantes et en empêcher l'acquisition de nouvelles.

Un des stresseurs particulièrement étudié est la charge de travail. Les études sur ce construit ont montré son influence directe sur le bien-être psychologique et physique des employés, mais aussi sur le stress professionnel (Bakker et Demerouti, 2007). Il serait lié positivement à d'autres stresseurs relatifs au travail tels que l'ambigüité de rôle, les conflits de rôle, les conflits entre le travail et la famille et les conflits entre la famille et le travail (Bowling et al., 2015). Le conflit entre le travail et la famille est d'ailleurs fortement lié à la charge de travail. En effet, l'individu percevant une lourde charge de travail va probablement passer davantage de temps au travail et cette situation créera des tensions qui vont interférer avec sa vie de famille (Bowling et al., 2015). Les effets négatifs de la « vie au travail » sur la « vie privée sont corrélés de manière positive avec le niveau de stress perçu, tandis qu'ils sont corrélés de manière négative avec la satisfaction globale de vie professionnelle » (Lourel, Gana et Wawrzyniak,

2005). Ces conflits affectent sérieusement l'individu et peuvent conduire à de l'anxiété, de la dépression, du stress perçu et des troubles psychosomatiques (Allen et al., 2000).

Peu d'études se sont intéressées aux stresseurs relatifs au travail dans l'après-cancer du sein. L'étude de Mackenzie (2014) a néanmoins montré que la perméabilité ou la malléabilité des frontières entre le travail et la famille affecte la participation des femmes quant à leur activité professionnelle pendant et/ou après le traitement du cancer du sein. Elles peinent souvent à trouver suffisamment d'énergie pour concilier simultanément les tâches du quotidien telles que les tâches ménagères et le travail (van Egmond et al., 2017). Certains facteurs liés à la maladie (dysfonctionnements cognitifs, dépression, douleurs, troubles du sommeil) et liés au travail (charge de travail, pression au travail, relation avec le superviseur et les collègues…) peuvent conduire à la fatigue chez les employés ayant connu un cancer du sein induisant des difficutés dans la vie professionnelle (Taskila et al., 2011).

Parallèlement, les manifestations anxio-dépressives sont fréquemment retrouvées dans l'après-cancer. Belin et al. (2010), dans leur étude sur la répercussion du cancer sur la vie professionnelle, ont mis en évidence que 29% des salariés ayant eu un cancer ont un score d'anxiété supérieur ou égal au seuil défini à 11 et 6% un score de dépression au-delà ou égal au seuil de 11 également (mesurés avec l'HADS). Les auteurs ont souligné que dans une population de salariés du secteur tertiaire ce pourcentage est de respectivement 6% et 3%. Pourtant, les recherches sont assez contradictoires quant à la présence ou non de manifestations anxieuses et dépressives. Maas et al. (2015) ont indiqué, par exemple, que la prévalence des symptômes dépressifs augmente dans l'année qui suit le diagnostic, mais diminue ensuite dans le temps.

La littérature concernant le retour du travail après un cancer s'intéresse bien souvent davantage à la performance plutôt qu'au vécu subjectif de cette étape difficile. De plus, elle évalue rarement la santé mentale au travail de ces femmes dans la période de l'après-cancer. Ainsi, nous avons peu d'informations sur le burnout et les mécanismes impliqués dans ce phénomène alors qu'il existe des éléments qui laissent le clinicien envisager une plus grande fragilité chez les femmes ayant eu un cancer du sein. En effet, Honkonen et al. (2006) ont souligné que les personnes souffrant de

maladie chronique présentent des scores plus élevés de burnout que la population générale.

L'objectif de cette étude est d'identifier et examiner la nature des stresseurs (charge de travail, conflit VPvp et manifestations anxio-dépressives) qui influent sur le burnout global et sur chacune de ses trois dimensions chez les femmes avec un passé de cancer du sein, en ayant recours à une approche comparative avec un groupe contrôle.

Cette étude est sous tendue par les hypothèses générales suivantes :

ÉTUDE 1– HYPOTHESES GENERALES

- Ha : Les femmes avec un passé de cancer du sein (FAPC) sont à risque de présenter un burnout plus élevée et perçoivent davantage de stresseurs que les femmes du groupe contrôle (FSPC).

- Hb : Les stresseurs perçus par les FAPC devraient davantage affecter leur burnout que les FSPC.

2. Méthode

2.1. Population

188 femmes, dont 88 avec un passé de cancer (groupe clinique) et 100 personnes sans passé de cancer (groupe contrôle) ont participé à cette étude. Les données sociodémographiques des deux groupes et les données médicales des FAPC sont indiquées dans l'avant-propos de ce chapitre.

2.2. Questionnaires

Pour cette étude, divers questionnaires ont été utilisés : *le Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM) (Shirom et Melamed, 2006 ; traduction française Sassi et Neveu, 2010), l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond et Snaith, 1983 ; traduction française Bocéréan et Dupret, 2014), le *Work Family Conflict Scale* (Netemeyer, Boles et McMurrian, 1996 ; traduction française Carrier-Vernhet, 2013) et

la *Workload Scale* (Caplan, Cobb et French, 1975 ; traduction française Carrier-Vernhet, 2013).

Les questionnaires utilisés dans cette première étude ont présenté dans la méthodologie du chapitre 3, partie 2. Les indicateurs de fiabilité pour ces échelles ont été indiqués dans l'analyse préalable aux traitements des données chapitre 4, partie 2.

2.3. Analyses statistiques

Des tests de comparaison de moyenne ont été réalisés afin d'évaluer s'il existait des différences entre les FAPC et les FSPC pour le burnout global et ses trois dimensions (fatigue physique, épuisement émotionnel, lassitude cognitive) pour le conflit VPvp, pour la charge de travail et pour les manifestations anxieuses et dépressives. Les liens entre chacune de ces variables ont ensuite été évalués à l'aide d'analyses corrélationnelles. De plus, des régressions ont été conduites pour examiner les valeurs prédictives du conflit vie professionnelle-vie privée, de la charge de travail et des manifestations anxieuses et dépressives sur le burnout global et sur chacune des ses trois dimensions. Enfin, nous avons terminé par des analyses de modération, réalisées à l'aide la macro « PROCESS » pour SPSS (Hayes, 2013).

3. Résultats

3.1. Analyses descriptives et comparatives

Dispersions des scores

Globalement, la dispersion des scores obtenus par les groupes des FAPC et des FSPC est relativement homogène (figure 3 à 10).

Figure 3. Scores médians de burnout global - FAPC et FSPC

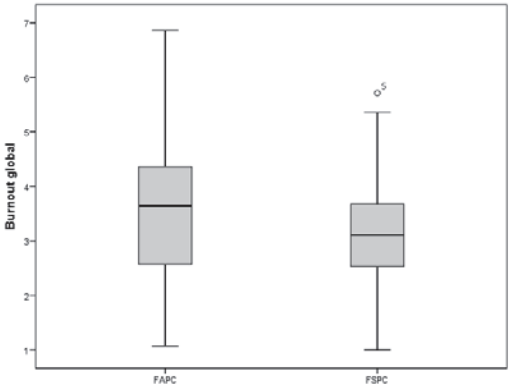


Figure 4. Scores médians de la Fatigue Physique - FAPC et FSPC

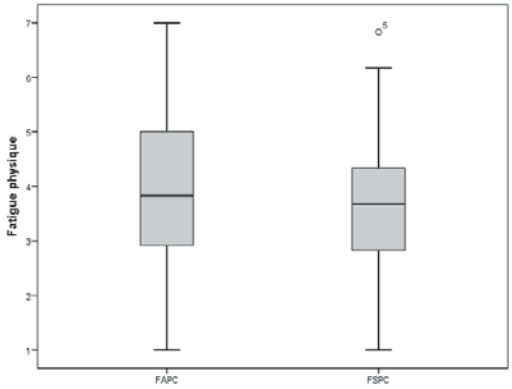


Figure 5. Scores médians de la Lassitude cognitive - FAPC et FSPC

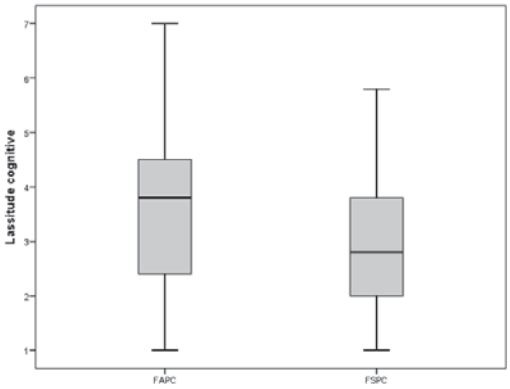


Figure 6. Scores médians de l'Epuisement émotionnel - FAPC et FSPC

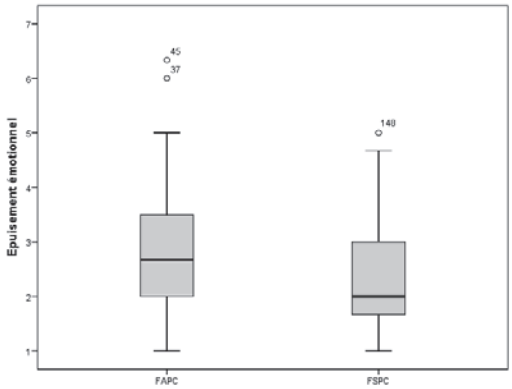


Figure 7. Scores médians du conflit Vie professionnelle- vie privée - FAPC et FSPC

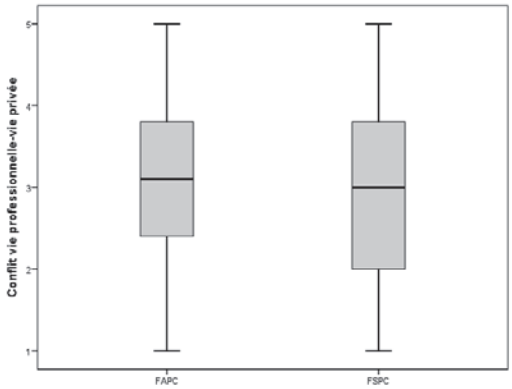


Figure 8. Scores médians de la charge de travail - FAPC et FSPC

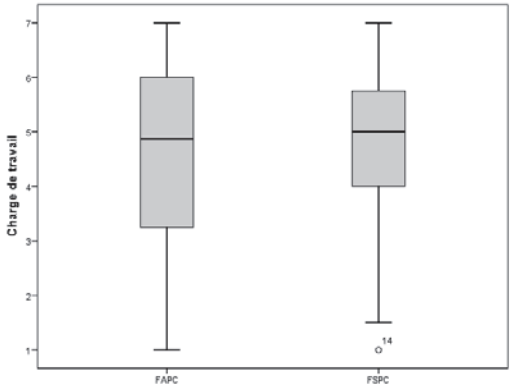


Figure 9. Scores médians des manifestations dépressives - FAPC et FSPC

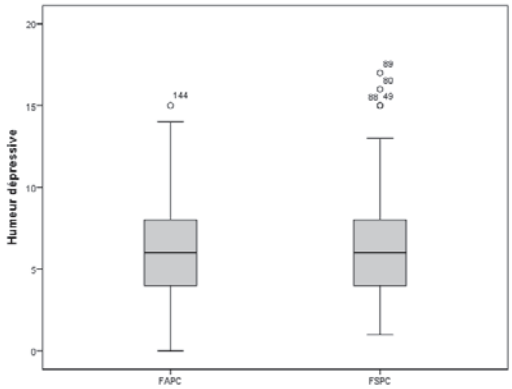
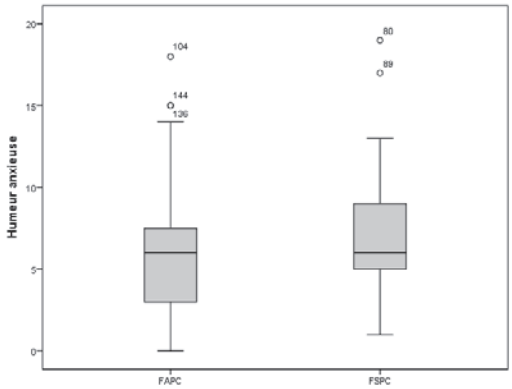


Figure 10. Scores médians des manifestations anxieuses - FAPC et FSPC



Globalment, les FAPC présentent des scores médians supérieurs à ceux des FSPC. Les scores médians semblent très en deçà des seuils critiques pour les manifestations anxieuses et dépressives. Il n'existe pas de seuils critiques dans la littérature concernant les autres variables. Ces représentations mettent en évidence l'existence de quelques *outliers* tant dans les groupes des FAPC que celui des FSPC *(observations < au 25th percentile ou > au 75th percentile).*

Analyses comparatives

L'objectif de ces premières analyses est de mettre en évidence si les FAPC présentent davantage de fragilités dans le contexte professionnel que les FSPC.

Au vu de la littérature :

H1 : Il est supposé que les FAPC présentent des scores plus élevés de charge de travail, de conflit VPvp, de manifestations anxieuses et dépressives, de burnout global, de fatigue physique, de lassitude cognitive et dépuisement émotionnel que les FSPC.

Afin de comparer les données des deux groupes (FAPC et FSPC) nous avons réalisé un test T de Student. Les résultats sont présentés dans le tableau 11.

Tableau 11. Test de Student (FAPC / FSPC, n = 188)

	Femmes APC		Femmes SPC		
	M	**σ**	**M**	**σ**	**Test-T**
1. Burnout global	**3.56**	**1.76**	**3.08**	**.98**	**3.04****
2. Fatigue physique	3.94	1.43	3.62	1.25	-1.67
3. Lassitude cognitive	**3.58**	**1.39**	**2.87**	**1.14**	**-3.86*****
4. Epuisement émotionnel	**2.77**	**1.78**	**2.35**	**1.02**	**-2.59***
5. Conflit vie prof-vie privée	3.04	0.89	2.96	0.99	-.55
6. Charge de travail	4.58	1.64	4.79	1.46	.96
7. Dépression	6.32	3.26	6.38	3.40	.13
8. Anxiété	6.02	3.76	6.87	3.24	.66

* p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.01

Le test T de Student a mis en évidence qu'il n'existe pas de différence significative concernant les stresseurs relatifs au travail (charge de travail et conflit VPvp) et les manifestations anxio-dépressives entre les deux groupes de femmes. Ces femmes ne diffèrent pas non plus quant à leur score à la dimension du burnout fatigue physique. En revanche, les résultats ont également montré que les FAPC présentent des scores significativement plus hauts pour le burnout et plus spécifiquement pour deux dimensions, l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive. Il est à noter que les scores des deux groupes sont supérieurs aux normes établies par Shirom en 2008, soulignant que les participants des deux groupes présentent des difficultés au travail (fatigue physique : M = 2.81 ; lassitude cognitive : M = 2.07 ; épuisement émotionnel : M = 1.77 ; burnout global : M = 2.33). Toutefois, il est à noter que les scores de burnout sont proches pour les FSPC de ceux indiqués par Sassi et Neveu (2010) sur une population francophone (fatigue physique : M = 3.18 ; lassitude cognitive : M = 2.90 ; épuisement émotionnel : M = 2.46 ; burnout global : M = 2.92). L'hypothèse H1 est donc validée pour le burnout global et pour deux de ses dimensions (l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive).

Afin d'avoir une vision plus précise de la détresse de ces femmes, les taux de prévalence ont été calculées pour les manifestations anxieuses et dépressives (tableau 12).

Tableau 12. Taux de prévalence manifestations anxieuses et dépressives en % (FAPC et FSPC, n = 188)

Symptômes	FAPC		FSPC	
	8 ≥ X ≥ 10 modéré	11 ≥ X ≥ 21 élevé	8 ≥ X ≥ 10 modéré	11 ≥ X ≥ 21 élevé
Dépression	18	11.5	17	12
Anxiété	12	15	22	13

Les résultats ont mis en évidence que près de 30% des FAPC présentent un score à l'échelle de dépression au-delà du seuil critique définie par l'HADS (dont 11.5% une symptomatologie élevée). Ce taux est retrouvé chez les FSPC montrant un profil similaire. Parallèlement, les FAPC sont 27% à présenter des manifestations anxieuses modérées ou sévères. Ce taux est également très élevé chez les FSPC de notre échantillon. En effet, 35% présentent un score élevé, ce qui est même supérieur à celui des FAPC. Ainsi, les populations clinique et contrôle semblent présenter une santé psychologique équivalente, voire même meilleure, concernant les manifestations anxieuses pour les FAPC.

Ces premières analyses nous ont montré que les profils sont équivalents quant aux manifestations anxieuses et dépressives entre les deux groupes de femmes. De la même façon, les FAPC semblent plus fragiles quant à leur santé mentale au travail.

3.2. Analyses corrélationnelles et de régressions

Analyses corrélationnelles

Nous avons mené des analyses de corrélation afin d'évaluer le lien entre les stresseurs, les manifestations anxio-dépressives, le burnout et ses dimensions. Ces résultats sont présentés dans le tableau 13 pour les FAPC.

Tableau 13. Analyses corrélationnelles (FAPC, n = 88)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Burnout global	1	.91**	.89**	.67**	.47**	.32**	.60**	.72**
2. Fatigue physique		1	.69**	.46**	.45**	.30**	.56**	.68**
3. Lassitude cognitive			1	.52**	.31**	.27*	.49**	.62**
4. Épuisement émotionnel				1	.50**	.26*	.49**	.48**
5. Conflit vie prof-vie privée					1	.48*	.22*	.24*
6. Charge de travail						1	.14	.23*
7. Dépression							1	.64**
8. Anxiété								1

* p<0.05 ; **p<0.01

Les résultats montrent que toutes les variables sont liées significativement et positivement entre elles mis à part l'humeur dépressive et la charge de travail. Ainsi, les stresseurs relatifs au travail, les manifestations anxio-dépressives et le score de burnout et de ces dimensions montrent des liens positifs et significatifs entre eux.

Le tableau 14 présente cette fois-ci les corrélations entre les variables évaluées pour les FSPC.

Tableau 14. Analyses corrélationnelles (FSPC, n = 100)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Burnout global	1	.92**	.90**	.57**	.32**	.26**	.36**	.40**
2. Fatigue physique		2	.72**	.32**	.37**	.35**	.33**	.41**
3. Lassitude cognitive			1	.41**	.25**	.21*	.34**	.39**
4. Épuisement émotionnel				1	.06	-.08	.16	.07
5. Vie prof-vie privée					1	.48*	.22*	.24*
6. Charge de travail						1	.27**	.23*
7. Dépression							1	.68**
8. Anxiété								1

* p<0.05 ; **p<0.01

Les résultats diffèrent de ceux trouvés chez les FAPC. En effet, pour cette population, l'épuisement émotionnel n'est liée significativement à aucun des stresseurs relatifs à la vie professionnelle ni à l'anxiété ou la dépression. En revanche, les deux

autres facettes du burnout, la fatigue physique et la lassitude cognitive ainsi que le score global sont eux liés significativement et positivement aux stresseurs, semblablement aux FAPC.

Analyses de régression

L'objectif de ces analyses est d'identifier les stresseurs les plus explicatifs du burnout et ses dimensions chez les FAPC. Les analyses ont également été menées chez les FSPC afin d'examiner si les processus sont les mêmes pour les deux groupes de cette étude.

Au regard de la littérature, l'hypothèse suivante a été posée:

H2. Il est supposé que l'humeur anxio-dépressive, la charge de travail et le conflit VP-vp sont plus fortement prédictifs du burnout global et de ses trois dimensions chez les FAPC, comparativement au groupe contrôle.

Afin d'examiner le caractère prédictif du conflit VPvp, de la charge de travail et des manifestations anxio-dépressives (variables indépendantes) sur chaque dimension du burnout et sur le score global (variables dépendantes), des régressions hiérarchiques ont été menées sur les deux populations (FAPC et FSPC). Les analyses ont intégré les VI dans l'ordre suivant : 1. conflit professionnel vie privée, 2. charge de travail, 3. humeur dépressive, 4. humeur anxieuse.

Les tableaux 15, 16, 17 et 18 présentent respectivement les résultats pour le score global et chacune des dimensions du burnout à savoir la fatigue physique, la lassitude cognitive et l'épuisement émotionnel chez les femmes avec passé de cancer (FAPC).

Tableau 15. Régressions hiérarchiques Burnout global (FAPC, n = 88)

	Femmes APC (n=88)						
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step4}	β_{step5}	β_{step6}	β_{step7}
1. VPvp	**.47*** **	**.41*** **	**.21* **	.15	.32	**.33* **	**.50** **
2. W		.17	.17	.12	.11	.13	.11
3. Dép			**.50*** **	**.21* **	.50	-.21	-.20
4. Anx				**.50*** **	**.50*** **	**1.34*** **	**1.41*** **
5. VPvp*Dep					-.40	.50	.26
6. VPvp*Anx						**-1.06* **	**-1.41** **
7. VPvp*Dep*Anx							.40
ΔR^2	.22	.02	.21	.14	.01	.03	.01
R^2 ajusté	.22	.23	.44	.58	.58	.60	.60
F	24.89***	14.06***	23.49***	30.39***	24.77***	23***	20.05***

* p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.01

VPvp : Conflit Vie Professionnelle-vie privée ; **W** : Charge de travail ; **Anx :** Manifestations anxieuses ; **Dep :** Manifestations depressives ; **FAPC :** Femmes avec passé de cancer

Les résultats des analyses de régression menées pour les FAPC concernant le score de burnout global sont mis en évidence dans le tableau 15. Le modèle explicatif le plus adéquat est le sixième avec 60% de variance expliquée. Le burnout est expliqué par des effets directs du conflit VPvp et de l'anxiété et par l'effet d'interaction de ces deux variables. Notons également que l'interaction de ces deux variables est significative et nous permet de mener une analyse de modération. En revanche, la charge de travail ne semble avoir aucun impact prédictif sur le burnout contrairement à nos attentes.

Tableau 16. Régressions hiérarchiques Fatigue Physique (FAPC, n = 88)

	Femmes APC (n=88)						
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step4}	β_{step5}	β_{step6}	β_{step7}
1. VPvp	**.45*** **	**.40** **	**.22* **	.16	**.43* **	**.44* **	**.56* **
2. W		.14	.15	.10	.09	.10	.09
3. Dép			**.45*** **	.18	**.63* **	-.03	-.02
4. Anx				**.48*** **	**.49*** **	**1.28** **	**1.34** **
5. VPvp*Dep					-.64	.20	.01
6. VPvp*Anx						**-.99* **	**-1.29* **
7. VPvp*Dep*Anx							.33
ΔR^2	.21	.02	.17	.13	.02	.03	.01
R^2 ajusté	.20	.21	.38	.51	.52	.54	.54
F	22.46***	12.32***	18.52***	23.19***	19.75***	18.01***	15.19***

* p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.01

VPvp : Conflit Vie Professionnelle-vie privée ; **W** : Charge de travail ; **Anx :** Manifestations anxieuses ; **Dep :** Manifestations depressives ; **FAPC :** Femmes avec passé de cancer

Le tableau 16 présente les résultats des analyses de régression menées pour les FAPC concernant la fatigue physique. Le modèle explicatif le plus adéquat est là encore le sixième avec 54% de variance expliquée. La fatigue physique est expliquée par des effets directs du conflit vie professionnelle-vie privée et de l'anxiété et par l'effet d'interaction de ces deux variables. L'interaction de ces deux variables est significative et nous permet de mener une analyse de modération. La charge de travail ne semble avoir aucun impact prédictif sur cette dimension du burnout contrairement à nos attentes. La dépression semble avoir un effet sur la fatigue physique, mais ce dernier disparait totalement dès que l'anxiété est intégrée dans le modèle.

Tableau 17. Régressions hiérarchique Lassitude cognitive (FAPC, n = 88)

	Femmes APC (n=88)						
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step4}	β_{step5}	β_{step6}	β_{step7}
1. VPvp	**.31*** **	**.24***	.06	.01	.18	.18	.18
2. W		.18	.18	.13	.13	.14	.13
3. Dép			**.43*** **	.16	**.45**	-.33	-.32
4. Anx				**.48*** **	**.49*** **	**1.41** **	**1.45** **
5. VPvp*Dep					-.41	.57	.42
6. VPvp*Anx						**-1.16***	**-1.41***
7. VPvp*Dep*Anx							.28
ΔR^2	.09	.03	.16	.13	.01	.03	.01
R^2 ajusté	.08	.10	.25	.38	.38	.41	.41
F	8.91**	5.86**	10.95***	14.47***	11.80***	11.17***	9.58***

* p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.01

VPvp : Conflit Vie Professionnelle-vie privée ; **W** : Charge de travail ; **Anx :** Manifestations anxieuses ; **Dep :** Manifestations depressives ; **FAPC :** Femmes avec passé de cancer

Concernant la lassitude cognitive, les analyses de régression menées pour les FAPC ont montré que le modèle explicatif le plus adéquat est de nouveau le sixième avec 41.2% de variance expliquée (tableau 17). Des effets directs de l'anxiété et des effets d'interaction de l'anxiété et du conflit VPvp expliquent la variance de l'épuisement émotionnel. Là encore, les effets d'interaction significatifs entre ces deux variables vont nous permettre de mener une analyse de modération. La charge de travail ne semble pas avoir d'impact prédictif sur cette dimension du burnout comme pour la fatigue physique. Le conflit VPvp semble avoir un poids prédictif moins important pour la lassitude cognitive que pour la dimension étudiée précédemment.

Tableau 18. Régressions hiérarchiques Epuisement émotionnel (FAPC, n = 88)

	Femmes APC (n=88)						
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step4}	β_{step5}	β_{step6}	β_{step7}
1. VPvp	**.50*** **	**.47*** **	**.33** **	**.30** **	.10	.10	.29
2. W		.08	.09	.07	.07	.08	.06
3. Dép			**.35*** **	**.24* **	-.10	-.25	-.23
4. Anx				.20	.19	.36	.44
5. VPvp*Dep					.47	.66	.38
6. VPvp*Anx						-.22	-.66
7. VPvp*Dep*Anx							.49
ΔR^2	.25	.01	.10	.02	.01	.01	.01
R^2 ajusté	.24	.24	.34	.35	.35	.35	.35
F	28.32***	14.44***	15.61***	12.62***	10.47***	8.66***	7.66***

* p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.01

VPvp : Conflit Vie Professionnelle-vie privée ; **W** : Charge de travail ; **Anx :** Manifestations anxieuses ; **Dep :** Manifestations depressives ; **FAPC :** Femmes avec passé de cancer

Pour l'épuisement émotionnel, les analyses de régression menées pour les FAPC ont montré que le modèle explicatif le plus adéquat est le quatrième avec 35 % de variance expliquée (tableau 18). Le profil n'est pas le même pour cette dimension du burnout chez les femmes de ce groupe. L'épuisement émotionnel est expliqué par des effets directs du conflit VPvp et de la dépression. Aucun effet d'interaction entre les variables n'a été mis en évidence. La charge de travail ne semble pas avoir de pouvoir prédictif sur la lassitude cognitive. En revanche, le conflit VPvp semble avoir un rôle important dans la prédiction de cette dimension du burnout.

Les analyses de régressions ont également été menées chez les FSPC. Les résultats pour le burnout et chacune de ses dimensions sont présentés dans les tableaux 19, 20 et 21.

Tableau 19. Régressions hiérarchiques Burnout global (FSPC, n = 100)

	Femmes SPC (n=100)						
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step4}	β_{step5}	β_{step6}	β_{step7}
1. VPvp	**.32*** **	**.25***	**.21***	.19	.21	.17	.22
2. W		.14	.08	.08	.08	.06	.06
3. Dép			**.29****	.12	.15	.53	.54
4. Anx				**.25***	**.25***	-.15	-.13
5. VPvp*Dep					-.04	-.52	-.59
6. VPvp*Anx						.55	.46
7. VPvp*Dep*Anx							.09
ΔR^2	.10	.02	.07	.03	.00	.01	.00
R^2 ajusté	.09	.10	.17	.19	.18	.18	.18
F	11.05***	6.43**	7.61***	6.95***	5.51***	4.73**	4.02***

* p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.01

VPvp : Conflit Vie Professionnelle-vie privée ; **W** : Charge de travail ; **Anx :** Manifestations anxieuses ; **Dep :** Manifestations depressives ; **FSPC :** Femmes sans passé de cancer

Concernant le burnout global, les analyses de régression menées pour les FSPC ont montré que le modèle explicatif le plus adéquat est le quatrième avec 19% de variance expliquée (tableau 19). Le score de burnout n'est expliqué que par des effets directs de l'anxiété dans ce groupe. Dans le modèle 3, nous pouvons observer des effets directs de la dépression et du conflit VPvp. Cependant, ils s'effacent lorsque l'anxiété est introduite dans le modèle soulignant son pouvoir prédictif fort. Aucun effet d'interaction n'a été mis en évidence entre les variables à la différence des résultats trouvés pour les FAPC. Nous ne pourrons donc pas effectuer des analyses de modération. La charge de travail ne semble pas avoir un impact prédictif sur le burnout global de la même façon que pour le groupe clinique.

Tableau 20. Régressions hiérarchiques Fatigue Physique (FSPC, n = 100)

	Femmes SPC (n=100)						
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step4}	β_{step5}	β_{step6}	β_{step7}
1. VPvp	**.37*** **	**.26***	**.23***	**.20***	**.08**	**.02**	**.09**
2. W		**.23***	.18	.18	.19	.16	.16
3. Dép			**.23***	.03	-.17	.38	.403
4. Anx				**.29***	**.30***	-.29	-.27
5. VPvp*Dep					-.26	-.44	-.53
6. VPvp*Anx						-.79	.69
7. VPvp*Dep*Anx							.11
ΔR^2	.13	.04	.05	.05	.01	.02	.01
R^2 ajusté	.12	.16	.20	.24	.23	.24	.23
F	15.19***	10.28***	9.13***	8.70***	6.98***	6.22***	5.30***

* p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.01

VPvp : Conflit Vie Professionnelle-vie privée ; **W** : Charge de travail ; **Anx :** Manifestations anxieuses ; **Dep :** Manifestations depressives ; **FSPC :** Femmes sans passé de cancer

Concernant la fatigue physique, les analyses de régression menées pour les FSPC ont montré que le modèle explicatif le plus adéquat est le quatrième avec 23.7% de variance expliquée (tableau 20). La fatigue physique est expliquée à la fois par des effets directs de l'anxiété et du conflit VPvp. Aucun effet d'interaction entre les variables n'a été révélé à la différence du profil mis en avant chez les FAPC. Des analyses de modération ne pourront donc pas être effectuées. La charge de travail ne semble pas avoir un impact prédictif sur cette dimension du burnout. De plus, l'influence de la dépression sur la fatigue physique s'efface quand l'anxiété est intégrée dans le modèle laissant envisager de nouveau un poids prédictif important.

Tableau 21. Régressions hiérarchiques Lassitude cognitive (FSPC, n = 100)

	Femmes SPC (n=100)						
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step4}	β_{step5}	β_{step6}	β_{step7}
1. VPvp	**.25***	.20	.16	.14	.41	.39	.46
2. W		.125	.06	.05	.03	.02	.02
3. Dép			**.29****	.12	.56	.72	.74
4. Anx				**.27***	**.26***	.09	.12
5. VPvp*Dep					-.60	-.77	.87
6. VPvp*Anx						.23	-.13
7. VPvp*Dep*Anx							.12
ΔR^2	.06	.01	.08	.04	.11	.01	.01
R^2 ajusté	.05	.05	.13	.16	.16	.15	.15
F	6.66*	3.89*	5.78**	5.62***	4.84**	4.03*	3.43*

* p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.01

VPvp : Conflit Vie Professionnelle-vie privée ; **W** : Charge de travail ; **Anx :** Manifestations anxieuses ; **Dep :** Manifestations depressives ; **FSPC :** Femmes sans passé de cancer

Le tableau 21 nous présente les résultats des analyses de régression menées pour les FSPC concernant la lassitude cognitive. Le modèle explicatif le plus adéquat est le quatrième avec 15.7% de variance expliquée. La lassitude cognitive est expliquée uniquement par l'effet direct de l'anxiété pour ce groupe. Contrairement aux résultats trouvés pour les FAPC, aucune analyse de modération n'est envisageable. La charge de travail ne semble avoir aucun impact prédictif sur cette dimension. La dépression semble avoir un effet sur la lassitude cognitive, mais ce dernier disparait là encore totalement dès que l'anxiété est intégrée dans le modèle. Le conflit VPvp semble également avoir un impact prédictif moins important sur cette dimension du burnout que pour les FAPC.

En résumé, ces résultats semblent indiquer des profils différents pour les FAPC et les FSPC. Des effets d'interactions sont observables chez les FAPC entre le conflit VPvp et les manifestations anxieuses sur le burnout, mais également sur deux de ses dimensions, la fatigue physique et la lassitude cognitive, nous permettant ainsi de mener des analyses de modération. Le conflit VPvp semble jouer un rôle à la fois sur le score global, mais aussi sur ces deux dimensions du burnout dans ce groupe alors que ce n'est pas le cas chez les FSPC. Les profils se distinguent concernant l'épuisement émotionnel où nous avons trouvé un pouvoir prédictif du conflit VPvp et de la dépression sur cette dimension uniquement pour les FAPC. L'humeur dépressive prédit l'épuisement émotionnel alors que cette variable n'a pas un fort impact pour les deux autres

dimensions quelle que soit la population étudiée. Il est important de noter que, contrairement à nos attentes, la charge de travail ne semble pas jouer un rôle prédictif sur le burnout dans cette étude, quel que soit le groupe.

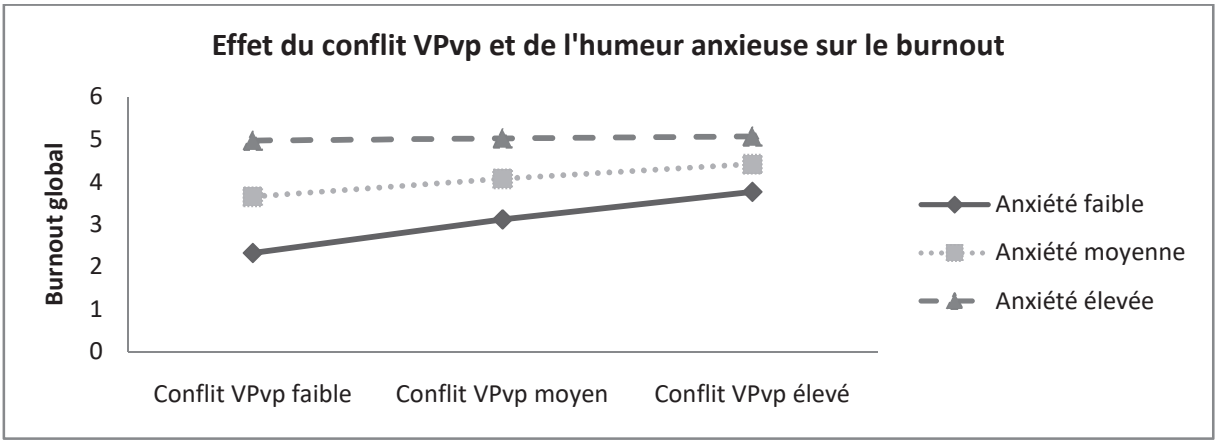
Des analyses de modération ont été réalisées chez les FAPC pour le burnout global et deux de ses dimensions (fatigue physique et lassitude cognitive).

L'hypothèse suivante a été posée :

H3. Il est présumé que l'humeur anxio-dépressive et (1) la charge de travail d'une part et (2) le conflit VPvp d'autre part, sont plus fortement associés positivement au burnout global et à ses trois dimensions chez les FAPC, comparativement au groupe contrôle.

Les figures suivantes présentent les analyses de modération menées pour le burnout, la fatigue physique et la lassitude cognitive (figure 11, 12 et 13).

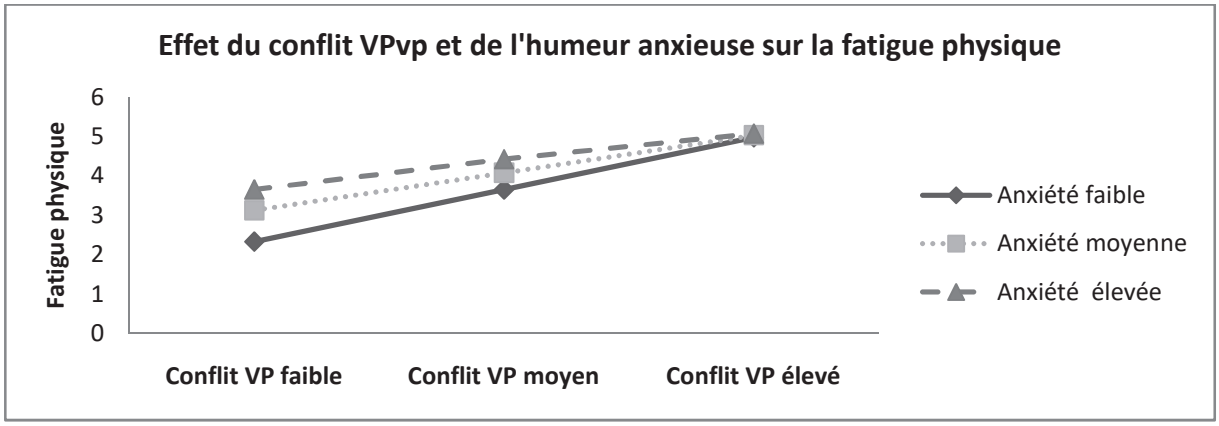
Figure 11. Effet de modération Conflit VPvp et humeur anxieuse →Burnout global FAPC



L'impact des manifestations anxieuses sur la relation entre le conflit VPvp et le burnout est représenté par la figure 11. Ainsi, plus le conflit VPvp est élevé, plus le burnout sera élevé et ceci d'autant plus que les manifestations anxieuses sont

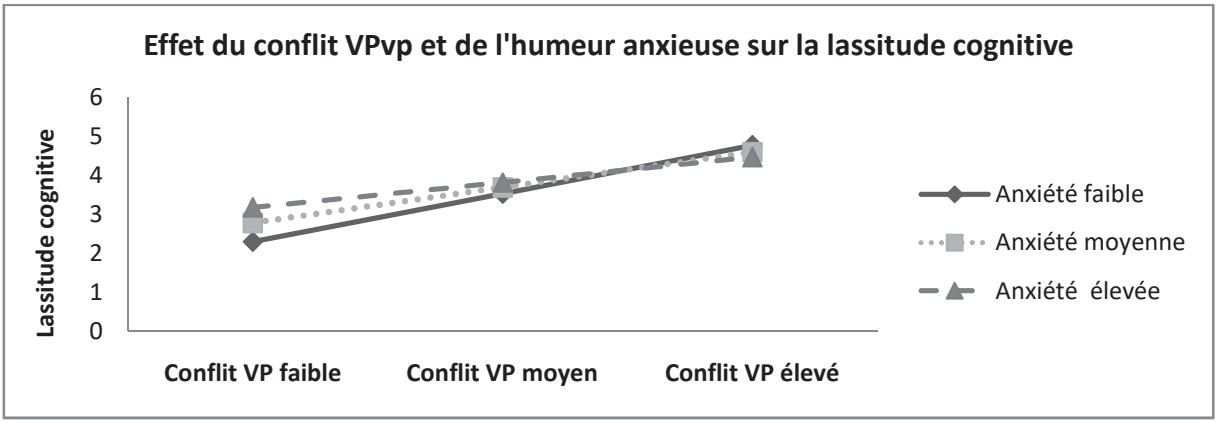
importantes. Un score de burnout élevé sera induit par l'interaction à la fois d'un conflit VPvp élevé et d'un score d'anxiété important.

Figure 12. Effet de modération Conflit VPvp et humeur anxieuse → Fatigue physique FAPC



La figure 12 présente l'analyse de modération menée permettant d'étudier l'impact de l'humeur anxieuse sur la relation entre le conflit VPvp et la fatigue physique. Ainsi, lorsque ce conflit est faible plus l'anxiété est élevée plus la fatigue physique ressentie sera élevée. Cette observation est également notable pour un conflit VPvp moyen. Cependant, lorsque ce dernier est élevé, la fatigue physique perçue sera élevée quel que soit le niveau d'anxiété. La présence de manifestations anxieuses est donc importante à prendre en considération lorsque l'on s'intéresse à l'impact d'un conflit VPvp faible sur la fatigue physique chez les femmes avec un passé de cancer du sein.

Figure 13. Effet de modération Conflit VPvp et humeur anxieuse → Lassitude cognitive FAPC



La figure 13 représente l'analyse de modération menée permettant d'étudier l'impact des manifestations anxieuses sur la relation entre le conflit VPvp et la lassitude cognitive. Le profil n'est pas tout à fait le même que pour la fatigue physique. Lorsque ce conflit est faible plus l'anxiété est élevée plus la lassitude cognitive ressentie sera élevée. Pour un conflit VPvp modéré, la lassitude cognitive sera davantage élevée, quel que soit le niveau d'anxiété. Cependant, nous observons une différence pour un conflit VPvp élevée. Une personne présentant un conflit VPvp élevé souffrira d'une lassitude cognitive plus élevée et ceci d'autant plus que l'anxiété est faible. L'humeur anxieuse a ici un effet qui nous pose question.

4. Discussion

L'objectif de cette première étude visait à mettre à jour les facteurs de vulnérabilités pouvant conduire au burnout chez les femmes avec un passé de cancer du sein en ayant recours à une approche comparative avec un groupe contrôle.

Les statistiques descriptives et inférentielles de cette étude nous ont montré que les FAPC montrent significativement des scores plus hauts de burnout et plus spécifiquement pour l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive. La différence

mise en évidence entre les deux groupes pour la lassitude cognitive pourrait s'expliquer par la présence de troubles cognitifs persistants (Lapalus et al., 2014). Il est possible que ces derniers soient un facteur favorisant la manifestation de la lassitude cognitive dans le cadre de leur activité professionnelle. La fatigue physique est la seule dimension pour laquelle le score entre les deux groupes n'est pas significativement différent. Nous supposons que cela est dû au fait que les femmes ayant eu un cancer du sein de notre étude sont majoritairement cadres et ont donc rarement une profession physique. De plus, des aménagements de travail sont fréquemment retrouvés (Chassaing et al., 2011). Celles ayant repris sont souvent celles qui sont les moins fatiguées (Molina et Feliu, 2013). Les analyses comparatives nous ont également montré que contrairement à nos attentes, les FAPC ne présentent pas davantage de manifestations anxio-dépressives. De plus, les taux de prévalence entre les deux groupes sont similaires. Ces résultats vont dans le sens de l'étude de Mitchell et al. (2003) qui ont montré, dans leur méta-analyse, que la prévalence élevée de ces troubles lors du diagnostic tend à diminuer lentement avec le temps et devient comparable à la population contrôle.

Les régressions hiérarchiques ont également montré des différences entre les FAPC et les FSPC quant à la nature des stresseurs relatifs au travail et aux processus en jeu dans l'apparition du burnout et de ses trois dimensions. Dans le groupe des FAPC, le conflit VPvp et la présence de manifestations anxieuses, ainsi que l'interaction entre les deux facteurs prédisent le burnout et plus particulièrement deux de ses dimensions la fatigue physique et la lassitude cognitive. En revanche, aucun effet d'interaction n'a été mis en évidence chez les FSPC. Globalement, seuls des effets directs de l'anxiété ont été observés dans ce groupe. Conformément à nos attentes, les FAPC de notre étude semblent exprimer des difficultés à gérer un conflit VPvp susceptible d'induire un burnout sur le long terme. Certains résultats nous ont surpris. Dans nos deux groupes, la charge de travail perçue ne semble avoir aucun effet sur les dimensions du burnout. Ces résultats semblent aller à l'encontre de la littérature qui a montré que la surcharge de travail a une influence sur le stress professionnel (Bakker et Demerouti, 2007) et serait responsable d'un risque accru de souffrance au travail et d'épuisement professionnel (Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli, 2001 ; Gollac, 2005 ; Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). Il est possible que le lien entre charge de travail et burnout soit médiatisé par d'autres variables. Des études complémentaires sont donc à envisager.

Parallèlement, et conformément à nos attentes, cette étude a permis d'identifier un effet modérateur des manifestations anxieuses sur le lien entre le conflit VPvp et le burnout et plus particulièrement pour deux de ses dimensions la fatigue physique et la lassitude cognitive chez les FAPC. En revanche, aucun effet modérateur n'a été observé chez le groupe contrôle. Le rôle de l'anxiété dans notre étude doit attirer l'attention des professionnels de santé, mais également des personnes impliquées dans la vie professionnelle de ces femmes. Les sources d'anxiété peuvent être nombreuses dans l'après-cancer comme la crainte de la récidive ou l'inquiétude de ne pas être suffisamment efficace dans son travail du fait des limitations cognitives ou de la fatigue persistante (Chassaing et Waser, 2010). Le conflit VPvp semble être une préoccupation pour les FAPC. Les femmes ayant connu un cancer semblent reconsidérer leur priorité de vie (Lee et al., 2017). Les professionnels de santé pourront porter également attention à ces manifestations afin de proposer des recommandations adaptées pour prévenir les risques de survenue du burnout. Il convient donc d'être vigilant à la présence de manifestations anxieuses, mais également au conflit VPvp pour les femmes qui ont été confrontées à cette maladie.

La santé mentale au travail recoupe à la fois un axe négatif avec la détresse et ses dérivés comme le burnout, mais également un axe positif qu'il convient d'évaluer et de prendre en considération. Le modèle d'Hobfoll (1989) a d'ailleurs souligné l'importance des ressources dans les processus mis en œuvre dans sa vie professionnelle. L'étude suivante traitera justement des ressources et d'un indicateur positif de la santé mentale au travail : le bien-être psychologique au travail.

En somme, et en accord avec nos attentes (Ha), les FAPC manifestent davantage de burnout (et plus particulièrement de l'épuisement émotionnel et de la lassitude cognitive) que les FSPC, soulignant une santé mentale au travail plus altéréedans ce groupe. Des effets directs et d'interaction du conflit VPvp et/ou d'anxiété semblent jouer un rôle important dans la survenue du burnout, et plus particulièrement au niveau des dimensions relatives la fatigue physique et à la lassitude cognitive. Ces données valident partiellement l'hypothèse Hb.

5. Bibliographie succincte de l'étude

Belin, L., Bourrillon, M.-F., Stakowski, H., Le Bideau, S., Sevellec, M., & Asselain, B. (2010). Répercussions des cancers sur la vie professionnelle : étude réalisée auprès de 402 salariés en Île-de-France. *Revue D'Epidemiologie Et De Sante Publique*, *58*. https://doi.org/10.1016/j.respe.2010.06.079

De 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. = Experience of the multidisciplinary department of « return to work after a cancer »: Psychopathology of remission and return to work. *Psycho-Oncologie*, *5*(1), 40‑44. https://doi.org/10.1007/s11839-011-0308-4

Hobfoll, Stevan E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44*(3), 513 ‑ 524. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513

Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, *13*(2), 176‑200. https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176

Étude 2[5][6]

Effet des ressources personnelles et relatives au travail sur le bien-être psychologique au travail chez les femmes avec un passé de cancer : étude comparative avec une population contrôle

Cette seconde étude se situe dans la lignée de la première,mais concerne ici la composante positive de la santé mentale au travail. Tout d'abord, les analyses descriptives des ressources et du bien-être psychologique au travail des femmes des groupes clinique et contrôle seront présentées. Dans un second temps, seront menées des analyses comparatives, puis de corrélations concernant ces variables au sein des deux groupes. Pour terminer, des modèles de régression viseront à identifier les ressources les plus prédictives du bien-être psychologique au travail dans les deux groupes.

[5]Saramago, M., Lemétayer, F. *Effet des ressources personnelles et relatives au travail sur le bien-être psychologique au travail chez les femmes avec un passé de cancer : étude comparative avec une population contrôle* (article en préparation)

[6]Saramago, M., Lemétayer, F. (2018). Le bien-être psychologique au travail chez les femmes avec un passé de cancer du sein : étude comparative avec un groupe contrôle.Communication orale présentée au 59e congrès annuel de la Société Française de Psychologie organisée par la Société Française de Psychologie, Reims, 5-7 Septembre 2018.

Effet des ressources personnelles et relatives au travail sur le bien-être psychologique au travail chez les femmes avec un passé de cancer :

étude comparative avec une population contrôle

1. Introduction

À l'instar de la détresse psychologique (Gilbert et al., 2011), le bien-être s'impose désormais comme une variable clé dans le contexte professionnel. Le bien-être psychologique au travail (BEPT) est défini comme « un construit essentiellement eudémonique décrivant l'expérience subjective positive des travailleurs à travers cinq composantes essentielles, soit l'adéquation inter- personnelle au travail, l'épanouissement au travail, le sentiment de compétence au travail, la reconnaissance perçue au travail et la volonté d'engagement au travail » (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012). Le BEPT tel que défini par ces auteurs trouve un appui théorique dans la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985, 2000, 2008). En effet, Deci et Ryan postulent qu'un des facteurs qui influencent la santé psychologique de manière positive serait la satisfaction des trois besoins fondamentaux à savoir les besoins d'appartenance, de compétence et d'autonomie (Deci et Ryan, 1985 ; 2000 ; 2008) afin d'atteindre un état optimal. Ainsi, Dagenais-Desmarais et Savoie (2012) ont rapporté que le BEPT, mesuré par leur échelle obtenue par une démarche inductive, est avant tout une construction eudémonique. Si l'on se réfère à la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985, 2000, 2008), les composantes « sentiment de compétence au travail », « adéquation interpersonnelle au travail » et « épanouissement dans le travail » pourraient bien correspondre aux trois besoins fondamentaux de compétence, d'appartenance et d'autonomie.

La littérature a montré qu'au plan individuel, certains traits de personnalité peuvent être prédicteurs du bien-être psychologique. L'optimisme est l'une de ses ressources (Karademas, 2007 ; Turkum, 2005). Dans le domaine du cancer du sein, Kolokotroni, Anagnostopoulos, et Hantzi (2018) ont montré que les individus moins optimistes percevraient la maladie comme plus menaçante et moins contrôlable et

auraient davantage d'attentes négatives ce qui induirait une plus grande détresse. L'optimisme serait considéré comme une ressource clé pour la résilience et l'ajustement chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (Saboonchi, Petersson, Alexanderson, Bränström et Wennman-Larsen, 2016) et semble impacter le bien-être. Dans l'après-cancer, chez les femmes ayant une récidive du cancer du sein, le sentiment d'efficacité personnelle est la variable qui prédit le mieux la qualité de vie émotionnelle (Schwarzer, Boehmer, Luszczynska, Mohamed et Knol, 2005). Certaines d'entre elles pourraient connaitre un développement post-traumatique c'est-à-dire « des changements psychologiques positifs résultant de la confrontation, de la lutte avec tout évènement de vie défiant hautement les ressources de l'individu » (Calhoun et Tedeschi, 1999). Elles apprécieront plus amplement la vie, attendront davantage d'évènements positifs, et se sentiront plus confiantes en leurs ressources.

L'auto-efficacité semble également avoir des liens significatifs et positifs avec de nombreux indicateurs du bien-être et de performances tels que l'estime de soi, l'optimisme, la satisfaction au travail et des relations négatives et significatives avec la dépression, l'anxiété ou le burnout (Luszczynska, Gutiérrez-Doña et Schwarzer, 2005). Dans le domaine du travail, Hobfoll (1989) a mis en évidence le rôle des ressources et particulièrement de l'optimisme et de l'auto-efficacité afin d'éviter l'apparition de l'épuisement émotionnel. Parallèlement, dans le processus de retour à l'emploi, les ressources personnelles telles que l'auto-efficacité, l'optimisme ou l'estime de soi seraient primordiales et auraient les mêmes rôles dans les processus que les ressources mises à disposition dans le contexte professionnelle (Huijs, Koppes, Taris et Blonk, 2017).

Certaines ressources plus spécifiques au domaine du travail telles que le détachement psychologique du travail sont pertinentes pour la santé, le bien-être et les performances au travail (Croon et al., 2004). Sonnentag et Fritz (2007) ont supposé qu'être détaché psychologiquement du travail est un « aspect crucial de tout processus de récupération ». Les expériences de récupération en permettant de se détendre face au stress, contribueraient également au bien-être psychologique. Les personnes qui seraient mentalement désengagées connaitront ainsi un plus grand bien-être au travail (Sonnentag, Unger et Nägel, 2013).

A notre connaissance, il n'existe pas de recherches sur le BEPT qui lient l'optimisme, l'auto-efficacité et le détachement psychologique dans le domaine professionnel alors que ces ressources semblent être liées entre elles et paraissent avoir un effet sur la santé psychologique au travail dans la population tout venante. De plus, le bien-être psychologique au travail ne semble pas non plus avoir été étudié dans le domaine de l'après-cancer. Optimiser ces ressources pourrait être une piste d'intervention d'autant plus que des études ont mis en avant que certaines femmes connaitraient un développement post-traumatique c'est-à-dire « des changements psychologiques positifs résultant de la confrontation, de la lutte avec tout évènement de vie défiant hautement les ressources de l'individu » (Calhoun et Tedeschi, 1999).

L'objectif de cette étude est ainsi d'identifier et d'examiner la nature des ressources personnelles (auto-efficacité, optimisme) et du détachement psychologique du travail qui influent sur le BEPT global, mais aussi sur trois dimensions (adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement dans le travail et sentiment de compétence au travail) en ayant recours à une approche comparative afin de mettre en évidence si les mêmes processus sont sollicités. Nous n'avons retenu que ces trois composantes pour le BEPT, car elles font les mieux références, selon nous, aux besoins fondamentaux nécessaires dont la satisfaction permettra d'atteindre une meilleure santé mentale.

Cette étude est sous-tendue par l'hypothèse générale suivante :

ÉTUDE 2 - HYPOTHESE GENERALE

Les femmes avec un passé de cancer sont attendues présenter significativement moins de ressources susceptibles d'influencer leur bien-être psychologique au travail que les femmes du groupe contrôle.

2. Méthode

2.1. Population

188 femmes, dont 88 avec un passé de cancer (groupe clinique) et 100 personnes sans passé de cancer (groupe contrôle) ont participé à cette étude. Les données sociodémographies des deux groupes et les données médicales des FAPC sont indiquées dans l'avant-propos de ce chapitre.

2.2. Questionnaires

Les variables de l'étude 2 ont été évaluées à l'aide de *l'échelle de bien-être psychologique au travail* (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012), du *Psychological Detachment at Work Scale* (Sonnentag et Fritz, 2007 ; traduction française Carrier-Vernhet, 2013), le *General Self-Efficacy Scale* (Schwarzer et Jerusalem, 1995 ; traduction française Dumont, Schwarzer et Jerusalem, 2000) et le *Life Orientation Test-Revised* (Sheier, Carver et Bridges, 1994 ; traduction française Trottier, Mageau, Trudel et Halliwell, 2008).

Les instruments utilisés sont présentés dans le chapitre 3, partie 2. Les indicateurs de fiabilité pour ces échelles ont été indiqués dans le chapitre 4, partie 2.

2.3. Analyses statistiques

Des tests de comparaison de moyenne ont été réalisés afin d'évaluer s'il existe des différences entre les FAPC et les FSPC pour les trois dimensions retenues du bien-être psychologique au travail (adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement dans le travail et sentiment de compétence au travail), mais aussi pour le score global, l'auto-efficacité, l'optimisme et le détachement psychologique du travail. Les liens entre chacune de ces variables ont ensuite été évalués à l'aide d'analyses corrélationnelles. Enfin, des régressions ont été conduites pour examiner les valeurs prédictives de

l'optimisme, de l'auto-efficacité et du détachement psychologique du travail sur le score global de bien-être psychologique du travail et sur chacune des trois composantes retenues. Ces analyses ont été faites à l'aide du logiciel SPSS v.23.

3. Résultats

3.1. Analyses descriptives et comparatives

Dispersions des scores

Globalement, la dispersion des scores obtenus par les groupes des FAPC et des FSPC est relativement homogène comme l'indiquent les figures suivantes.

Figure 14. Scores médians du Bien-être Psychologique au Travail - FAPC et FSPC

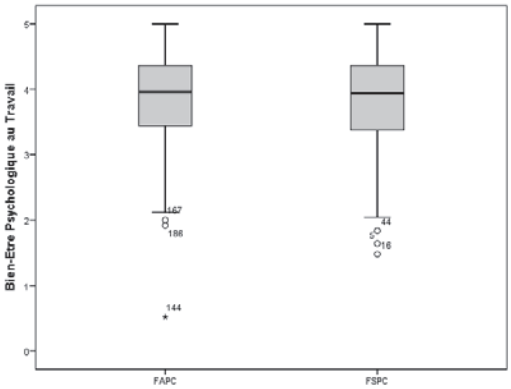


Figure 15. Scores médians de l'Adéquation Interpersonnelle au Travail - FAPC et FSPC

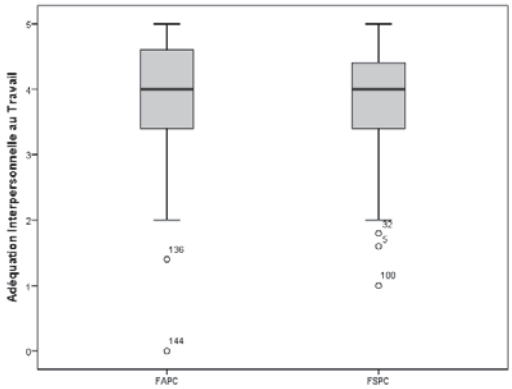


Figure 16. Scores médians de l'Épanouissement au travail - FAPC et FSPC

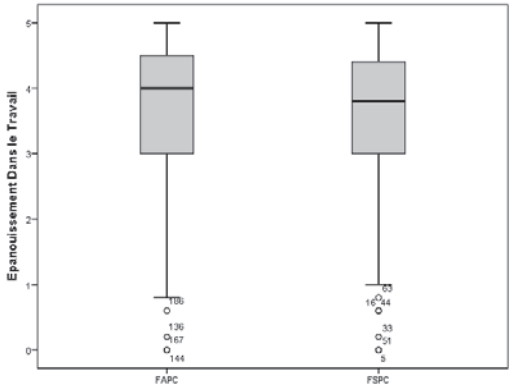


Figure 17. Scores médians du Sentiment de Compétence au Travail - FAPC et FSPC

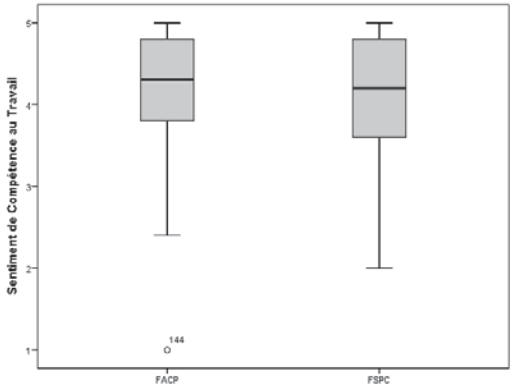


Figure 18. Scores médians d'Auto-efficacité - FAPC et FSPC

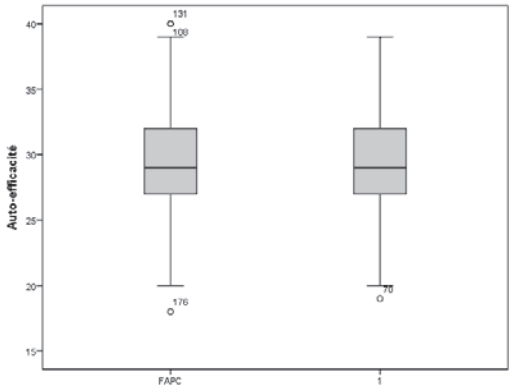


Figure 19. Scores médians d'Optimisme - FAPC et FSPC

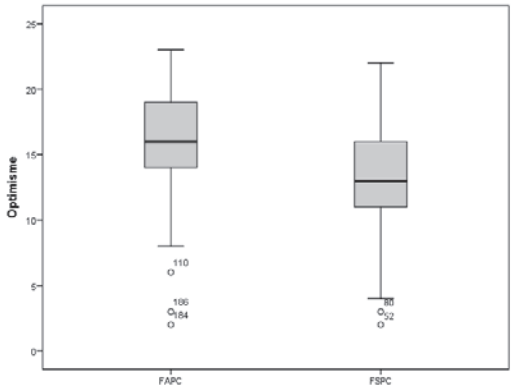
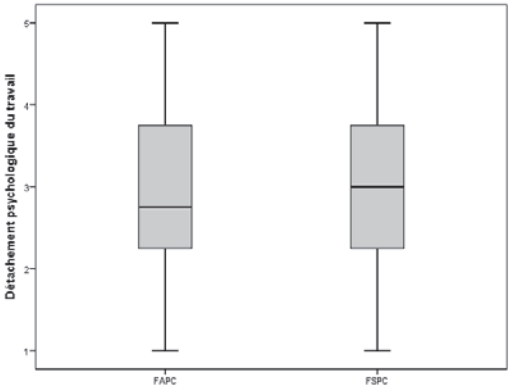


Figure 20.Scores médians de Détachement Psychologique du Travail - FAPC et FSPC



Les analyses montrent que les FAPC présentent des scores médians supérieurs à ceux des FSPC mis à part pour le détachement psychologique du travail. Ces représentations mettent en évidence l'existence de quelques *outliers* tant dans les groupes des FAPC que celui des FSPC et particulièrement pour la composante sentiment de compétence au travail *(observations < au 25th percentile ou > au 75th percentile).*

Analyses comparatives

L'objectif de ces premières analyses est de mettre en évidence si les FAPC présentent davantage de ressources que les FSPC.

Au vu de la littérature :

H4 : Les scores d'auto-efficacité, d'optimisme et de détachement psychologique du travail seront significativement moins élevés chez les FAPC que chez les FSPC.

Le tableau 22 présente les résultats des analyses de comparaison de moyennes menées sur les deux groupes (FAPC et FSPC), réalisé à l'aide d'un test T de Student.

Tableau 22. Test de Student (FAPC / FSPC, n = 188)

	Femmes APC		Femmes SPC		
	M	**σ**	**M**	**σ**	**Test-T**
1. Bien-être psychologique au travail	3.81	.82	3.76	.81	-.42
2. Adéquation interpersonnelle au travail	3.96	.88	3.88	.84	-.64
3. Épanouissement dans le travail	3.59	1.20	3.46	1.27	-.72
4. Sentiment de compétence au travail	4.16	.76	4.13	.72	-.31
5. Détachement psychologique du travail	2.95	1.05	3.04	.99	.61
6. Auto-efficacité	29.49	4.52	29.24	3.92	-.40
7. Optimisme	**15.85**	**4.36**	**13.47**	**4.17**	**-3.83*** **

* p<0.05 ; **p<0.01 ; **p<0.01

Ce test met en évidence qu'il n'existe pas de différence significative concernant le score de BEPT et les trois composantes retenues entre les deux groupes de femmes. De même, contrairement à nos attentes, les FAPC et les FSPC ne présentent pas de différences quant à leur score d'auto-efficacité et de détachement psychologique du travail. En revanche, ce test a mis en évidence que les FAPC sont significativement plus optimistes que les FSPC, infirmant en partie l'hypothèse H4. Il est à noter que les scores moyens des participants de cette étude pour le BEPT et ses sous-dimensions sont inférieurs aux scores de validation de l'échelle par Dagenais-Desmarais en 2010 (adéquation interpersonnelle au travail : M = 4.89 ; épanouissement dans le travail : M = 4.73 ; sentiment de compétence au travail : M = 4.25).

3.2. Analyses corrélationnelles et de régressions

Analyses corrélationnelles

Des analyses de corrélations ont été effectuées afin d'étudier l'existence et la force des liens entre les variables. Ces résultats sont présentés ci-après, dans le tableau 23 pour les FAPC et le tableau 24 pour les FSPC.

Tableau 23. Analyses corrélationnelles (FAPC, n = 88)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Bien-être psychologique au travail	1	.79**	.87**	.77**	.29**	.49**	.41**
2. Adéquation interpersonnelle au travail (AIT)		1	.58**	.56**	.28**	.33**	.35**
3. Épanouissement dans le travail (EDT)			1	.57**	.12	.36**	.34**
4. Sentiment de compétence au travail (SCT)				1	.40**	.49**	.36**
5. Détachement psychologique du travail					1	.36**	.34**
6. Auto-efficacité						1	.52**
7. Optimisme							1

* p<0.05 ; **p<0.01

Les résultats montrent qu'il existe un lien significatif et positif à la fois entre le score de BEPT et les trois composantes retenues (AIT, EDT, SCT), l'auto-efficacité et l'optimisme. Des corrélations significatives et positives entre le BEPT et les trois dimensions sont également observées avec le détachement psychologique du travail. En revanche, la dimension épanouissement au travail n'est pas liée à ce processus de restauration. Les ressources évaluées (auto-efficacité, optimisme et détachement psychologique du travail) sont liées significativement et positivement entre elles.

Tableau 24. Analyses corrélationnelles (FSPC, n = 100)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Bien-être psychologique au travail	1	.72**	.88**	.78**	.04	.28**	.29**
2. Adéquation interpersonnelle au travail (AIT)		1	.53**	.46**	.10	.16	.24*
3. Épanouissement dans le travail (EDT)			1	.64**	-.03	.24*	.20*
4. Sentiment de compétence au travail (SCT)				1	.01	.29**	.23*
5. Détachement psychologique du travail					1	.02	.14
6. Auto-efficacité						1	.30**
7. Optimisme							1

*p<0.05 ; **p<0.01

Le tableau 24 présente les corrélations entre les variables pour les FSPC. Ces dernières ne présentent pas exactement le même profil que les FAPC. Les trois composantes du BEPT et le score global sont liés positivement et significativement à deux des ressources : l'auto-efficacité et l'optimisme. Seule l'adéquation interpersonnelle au travail n'est pas liée avec l'auto-efficacité. De plus, chez les FSPC, l'auto-efficacité montre des corrélations significatives avec l'optimisme uniquement.

Analyses de régression

Ces analyses ont pour objectif d'identifier les ressources qui expliquent le BEPT et plus spécifiquement les trois composantes retenues (AIT, EDT, SCT) chez les FAPC. Les analyses ont également été menées chez les FSPC afin d'examiner si les processus sont les mêmes pour les deux groupes de cette étude.

Conformément à la littérature, l'hypothèse suivante a été posée :

H5 : Comme dans le groupe contrôle, les ressources auto-efficacité, optimisme et détachement psychologique du travail des FAPC prédiront significativement le score global du BEPT ainsi que celui des trois dimensions choisies avec cependant une plus faible intensité.

Afin d'examiner le caractère prédictif des ressources personnelles et relative à la vie professionnelle (variables indépendantes) sur chacune des trois dimensions retenues du BEPT, ainsi que sur le score global (variables dépendantes), des régressions hiérarchiques ont été effectuées sur les deux échantillons (FAPC et FSPC). Les analyses ont intégré progressivement les VI dans l'ordre suivant : 1. Détachement psychologique du travail, 2. Auto-efficacité, 3. Optimisme pour la population clinique (à l'exception de l'EDT qui n'est pas lié significativement au détachement psychologique du travail). Nous avons retiré le détachement psychologique du travail de toutes les analyses pour la population contrôle dans la mesure où cette variable n'est pas liée significativement à nos VD. De plus, pour la dimension AIT nous avons également retiré l'auto-efficacité pour les mêmes raisons.

Les tableaux 25, 26, 27 et 28 présentent respectivement les résultats pour le score global du BEPT et chacune des trois composantes pour les deux groupes.

Tableau 25. Régressions hiérarchiques Bien-être psychologique au travail global (FAPC / FSPC, n = 188)

	FAPC			**FSPC**	
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step1}	β_{step2}
1.Détachement psychologique du travail	.27	.11	.08		
2. Auto-efficacité		**.45*** **	**.35** **	**.21***	.13
3. Optimisme			*.20*		**.28** **
ΔR^2	.07	.17	.03	.05	.07
R^2ajusté	.06	.23	.25	.04	.10
F	6.97**	13.87***	10.68***	2.89	6.28*

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001
Multicolinéarité (VIF<10)

Les résultats pour le BEPT sont indiqués dans le tableau 25. Ces analyses ont montré que plus les FAPC auront un sentiment d'efficacité personnelle élevé plus elles

présenteraient un BEPT élevé. Le modèle 3 est celui qui explique le mieux la variance du BEPT (25%). Nous pouvons également observer un effet tendanciel de l'optimisme (*p = .06*). En revanche, chez les FSPC, seul l'optimisme prédit cette variable. Le modèle 2 est responsable de 10% de la variance du BEPT dans le groupe contrôle.

Tableau 26. Régressions hiérarchiques Adéquation Interpersonnelle au travail (AIT) (FAPC / FSPC, n = 188)

	FAPC			FSPC
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step1}
1. Détachement psychologique du travail	**.30***	.21	.19	_
2. Auto-efficacité		**.22***	**.12***	_
3. Optimisme			*.23*	.19
ΔR^2	.09	.04	.04	.04
R^2ajusté	.08	.11	.14	.03
F	8.40**	6.48**	5.77***	3.82

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001
Multicolinéarité (VIF<10)

Nos résultats (tableau 26) ont montré que, chez les FAPC, l'auto-efficacité prédit le fait de se sentir en adéquation avec les personnes avec lesquelles on interagit dans le cadre de son travail. Ainsi, le score à cette ressource serait responsable de 14% de la variance de l'AIT. Nos résultats nous ont également montré un effet tendanciel de l'optimisme sur l'AIT *(p = .052).* En revanche, chez les FSPC, aucune ressource étudiée ne semble avoir un impact sur cette composante du BEPT.

Tableau 27. Régressions hiérarchiques Epanouissement dans le travail (FAPC / FSPC, n = 188)

	FAPC			FSPC	
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step1}	β_{step2}
1.Détachement psychologique du travail	_	_	_	_	_
2. Auto-efficacité	_	**. 35*** **	**.24***	**.20***	.14
3. Optimisme			.22		.20
ΔR^2		.12	.04	.01	.04
R^2ajusté		.11	.14	.03	.06
F		12.10***	8.14***	4.19*	4.07*

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001
Multicolinéarité (VIF<10)

Les analyses de régressions présentées dans le tableau 27, ont montré que chez les FAPC, le modèle 2 est celui qui explique le mieux le fait de se sentir épanoui dans son travail avec l'influence positive de l'auto-efficacité. Il explique 14% de la variation du score de cette dimension du BEPT. Ainsi, plus la femme ayant un vécu de cancer croit en ses capacités d'atteindre les buts qu'elle s'est fixés, plus elle percevra qu'elle accomplit un travail signifiant et stimulant lui permettant de s'y réaliser comme individu. Chez les FSPC, le modèle 1 ne prédit que 3% du sentiment d'épanouissement au travail avec l'impact positif de l'auto-efficacité. La même ressource est mobilisée, mais son poids prédictif est bien plus important chez les FAPC.

Tableau 28. Régressions hiérarchiques Sentiment de compétence au travail (FAPC / FSPC, n = 188)

	FAPC			FSPC	
	β_{step1}	β_{step2}	β_{step3}	β_{step1}	β_{step2}
1.Détachement psychologique du travail	**.41*** **	**.23***	**.25***	_	_
2. Auto-efficacité		**.39*** **	**.33** **	**.26** **	.19
3. Optimisme			.14		**.22***
ΔR^2	.17	.13	.02	.07	.04
R^2ajusté	.16	.29	.29	.06	.10
F	17.82***	18.49***	13.05***	7.10**	6.10**

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001
Multicolinéarité (VIF<10)

Les résultats sont présentés dans le tableau 28 pour la dimension sentiment de compétence au travail. Les analyses montrent des différences notables quant aux ressources prédisant le sentiment de compétence au travail entre les FAPC et les FSPC. En effet, dans le groupe clinique, le modèle 2 prédit 29% du sentiment de compétence au travail avec l'influence de deux ressources : le détachement psychologique du travail et l'auto-efficacité. Ainsi, les femmes ayant eu un cancer du sein qui croient généralement davantage en leur capacité à mobiliser leurs ressources et qui sont en mesure de se couper mentalement de leur activité professionnelle hors du temps alloué à celui-ci, sentiront davantage qu'elles possèdent les aptitudes requises pour effectuer efficacement leur travail et maitriser les tâches à réaliser. Nous n'avons pas intégré le détachement psychologique du travail chez les FSPC, car, comme nous l'avons vu, cette variable ne montre pas de liens significatifs avec le SCT. Ainsi, ici, le modèle à deux

facteurs prédit 10% de la variation de cette caractéristique du BEPT. Seul l'optimisme prédit le SCT.

En somme, ces résultats semblent indiquer que, les ressources impliquées pour être bien au travail se distinguent entre les groupes clinique et contrôle. L'auto-efficacité est la ressource qui semble être la plus mobilisée chez la population clinique alors que pour la population contrôle l'optimisme est davantage révélé. Le détachement psychologique du travail ne se manifeste que dans la population clinique. De plus, les ressources testées dans cette étude semblent avoir un pouvoir prédictif plus élevé chez les FAPC infirmant l'hypothèse générale de cette étude. En effet, elles expliquent une plus large part de la variance du BEPT et des trois composantes retenues.

4. Discussion

L'objectif de cette étude était d'identifier la nature des ressources (auto-efficacité, optimisme et détachement psychologique du travail) susceptibles d'impacter le BEPT, mais aussi sur les trois dimensions retenues en se référant à la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985, 2000, 2008). Une approche comparative a été menée afin d'examiner si les mêmes processus sont sollicités dans les deux populations.

Les statistiques descriptives et les comparaisons de moyennes ont montré qu'il n'existe pas de différences significatives entre les deux populations concernant le BEPT global et les scores à chacune des dimensions retenues. Ainsi, les FAPC semblent présenter une santé psychologique au travail équivalente à celles des FSPC. Les moyennes observées pour les deux groupes, à la fois pour le score de BEPT et pour les trois dimensions retenues, sont inférieures à celles observées par Dagenais-Desmarais dans son travail de thèse (2010) et à celles mises en avant dans l'étude de Royer et Moreau (2016). Rappelons que cet instrument a été administré à une population québécoise, et que les conditions de travail varient considérablement d'une culture à l'autre et sont dépendantes de la politique en place. Un effet de culture pourrait expliquer ces différences entre nos groupes et les résultats de la littérature.

Les analyses de comparaison de moyennes ont mis en évidence que les FAPC présentent des scores d'optimisme significativement plus élevés que les FSPC. Scheier et Carver (1993) ont indiqué que l'optimisme, étant un trait de personnalité, serait attribuable en partie à la génétique, mais que l'environnement peut avoir un rôle. Les succès vécus par le passé devraient susciter des attentes positives alors que les échecs impliqueraient des attentes négatives. Les femmes de la population clinique que nous avons évaluées ont été confrontées à un évènement qui a bouleversé leur vie et ont repris une activité professionnelle. Ce « succès » pourrait alors induire des attentes positives générales.

Les analyses de régression ont également permis de mettre en évidence que les FAPC et les FSPC diffèrent dans les processus mis en œuvre afin d'être bien au travail. Effectivement, l'auto-efficacité semble être la ressource la plus mobilisée par les femmes de cette étude alors que l'optimisme explique davantage le BEPT et les composantes retenues (AIT, EDT et SCT) pour la population contrôle. Pour les FAPC, qui durant la maladie ont bien souvent ressenti une perte de contrôle, cette ressource semble bénéfique pour être bien au travail. La perception d'un sentiment de compétence élevée constitue un processus actif dans le domaine du travail après un cancer du sein (Nilsson, Olsson, Wennman-Larsen, Petersson et Alexanderson, 2013). Le détachement psychologique du travail ne s'exprime que chez le groupe clinique. Lié à l'auto-efficacité, il semble prédire le sentiment de compétence au travail. Par ailleurs, les résultats ont montré un effet tendanciel de l'optimisme sur le BEPT pour les FAPC et un effet significatif pour les FSPC. Certains auteurs mettent en avant que l'optimisme pourrait être une norme organisationnelle (Gangloff et Malleh, 2017). Les cadres affirment valoriser de manière significative les salariés qui montrent un optimisme élevé. Du côté des salariés, ils expriment être clairvoyants quant à cette attente de la part de leur supérieur.

Le sentiment d'efficacité personnelle est la ressource la plus mobilisée par les femmes avec un passé de cancer de cette étude. Les programmes d'interventions visant à maintenir ou augmenter l'auto-efficacité chez les FAPC ont montré des résultats prometteurs sur la santé émotionnelle et somatique (Graves, 2003). Promouvoir cette ressource pourrait ainsi être aidant à la fois pour le domaine personnel, mais aussi professionnel. Il convient également pour les chercheurs de s'intéresser davantage à la notion de détachement psychologique du travail chez les FAPC afin d'en délimiter un

seuil pathologique. En effet, à partir d'un certain niveau les effets positifs de ce processus de restauration deviendraient des effets négatifs. Être trop détaché pourrait donc avoir des effets délétères et conduirait à moins de bien-être au travail (Carrier-Vernhet, 2012).

En somme, les ressources psychologiques mobilisées pour être bien au travail diffèrent en fonction du groupe. Chez les FAPC, le sentiment d'efficacité personnelle semble être la ressource privilégiée. Le sentiment de compétence au travail est prédit à la fois par le sentiment d'efficacité personnelle etpar le détachement psychologique du travail,qui n'est cependant mobilisé que pour cette composante et que chez les FAPC. Toutefois, pour le groupe contrôle, seul l'optimisme s'est exprimé.

5. Bibliographie succincte de l'étude

Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2012). What is Psychological Well-Being, Really ? A Grassroots Approach from the Organizational Sciences. *Journal of Happiness Studies*, *13*(4), 659‑684. https://doi.org/10.1007/s10902-011-9285-3

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Psychologie canadienne*, *49*(1), 24 ‑ 34. https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.24

Gangloff, B., & Malleh, N. (2017). L'optimisme comme norme organisationnelle. *Psychologie du Travail et des Organisations*, *23*(3), 197 ‑ 211. https://doi.org/10.1016/j.pto.2017.05.001

Sonnentag, S., Unger, D., & Nägel, I. J. (2013). Workplace conflict and employee well-being: The moderating role of detachment from work during off-job time. *International Journal of Conflict Management*, *24*(2), 166 ‑ 183. https://doi.org/10.1108/10444061311316780

Étude 3[7]

Rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout

Dans cette troisième étude, une attention particulière sera portée à la relation entre la charge de travail et le burnout chez les femmes des deux groupes, et plus particulièrement à l'effet médiateur de chacune des trois composantes du BEPT relatives à la satisfaction des besoins fondamentaux de Deci et Ryan (2000).

[7]Saramago, M., Lemétayer, F. *Rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout.*(article en préparation)

Rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout

1. Introduction

Le burnout est défini par « un épuisement physique, émotionnel et cognitif résultant d'une diminution continue des ressources valorisées par l'individu du fait d'une exposition chronique à un stress professionnel » (Shirom et Melamed, 2006). Parallèlement, la littérature s'intéresse de plus en plus aux aspects positifs en contexte professionnel. Le bien-être constitue à ce titre l'une des composantes de la santé psychologique qui ne représente pas juste l'absence de mal-être ou de maladie, mais qui signifie également la présence d'aspects positifs (Keyes, 2005). Selon la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2000), les individus sont proactifs et optimisent leurs conditions de vie afin de développer un plein potentiel. Ce développement nécessite la satisfaction des trois besoins psychologiques fondamentaux d'autonomie, d'affiliation et de compétence, essentiels pour le développement psychologique et le bien-être (Deci et Ryan, 2000, 2008). Dans le monde professionnel, la satisfaction de ces besoins induit, chez l'individu, le sentiment que ses comportements liés au travail sont significatifs (Dose, Desrumaux, Sovet et De Bosscher, 2018). Comme pour l'étude 2, il a été posé que l'adéquation interpersonnelle au travail, l'épanouissement dans le travail et le sentiment de compétence au travail pourraient refléter la satisfaction de ses besoins dans le cadre professionnel et ainsi représenter de véritables ressources.

Un des stresseurs communément étudiés dans le cadre professionnel est la charge de travail (Bowling et al., 2015 ; Fournier et al., 2010). Les études sur la charge de travail ont montré une influence directe de ce construit sur le bien-être psychologique et physique des employés, mais aussi sur le stress professionnel impliquant un risque accru de souffrance au travail et d'épuisement (Bakker et Demerouti, 2007).

Dans le domaine du cancer, les individus expriment souvent des difficultés à trouver suffisamment d'énergie pour concilier simultanément les tâches du quotidien telles que les tâches ménagères et le retour au travail (van Egmond et al., 2017). Parallèlement, certains facteurs liés au travail tels que sa charge de travail, sa relation

avec le supérieur hiérarchique ou ses collègues conduiraient à une fatigue accrue pouvant entraver la santé mentale au travail (Taskila et al., 2011).

Les résultats de l'étude 1 n'ont montré aucun effet prédicteur de la charge de travail sur le burnout dans les deux groupes et ce malgré une littérature abondante à ce sujet. Ce construit semble d'autant plus important que les femmes ayant été confrontées à un cancer du sein peuvent percevoir une charge de travail accrue du fait des nombreuses difficultés récurrentes, et ce même plusieurs années après l'arrêt des traitements (Chassaing et Waser, 2010). De plus, les FAPC de notre groupe d'étude montrent des scores de burnout plus élevés que les FSPC. L'hypothèse que le lien entre la charge de travail et le burnout soit médiatisé par d'autres variables est plausible. Cette introduction a permis de voir que la charge de travail est liée à la fois au bien-être et au burnout. De plus, la satisfaction des besoins fondamentaux participe à l'établissement d'un état optimal et permet donc une diminution du burnout. A notre connaissance, aucune étude ne lie à la fois la charge de travail, ces trois des composantes spécifiques du BEPT et le burnout chez des femmes ayant été confrontées au cancer du sein.

Ainsi, l'objectif de cette étude est de repérer les liens entre charge de travail, adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement dans le travail, sentiment de compétence au travail et burnout. Le rôle médiateur de chacune des trois composantes du BEPT sera testé dans la relation qui lie charge de travail et burnout.

Au vu du peu d'éléments dans la littérature sur l'interaction entre ces différentes variables au sein des deux groupes, nous avons formulé l'hypothèse exploratoire suivante :

ÉTUDE 3 - HYPOTHESE GENERALE

Un effet médiateur de chacune des trois composantes du BEPT (adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement dans le travail, sentiment de compétence de travail) entre la charge de travail et le burnout est attendu au sein des deux groupes.

2. Méthode

2.1. Population

188 femmes, dont 88 avec un passé de cancer (groupe clinique) et 100 personnes sans passé de cancer (groupe contrôle) ont participé à cette étude. Rappelons que les caractéristiques de notre échantillon sont présentées dans la partie avant propos de ce chapitre.

2.2. Questionnaires

Dans cette étude, les questionnaires retenus étaient : le *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM) (Shirom et Melamed, 2006 ; traduction française Sassi et Neveu, 2010), la *Workload Scale* (Caplan, Cobb et French, 1975 ; traduction française Carrier-Vernhet, 2013) et l'*échelle de bien-être psychologique au travail* (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012).

Les questionnaires utilisés sont présentés dans la méthodologie chapitre 3, partie 2. Les indicateurs de fiabilité pour ces échelles ont été indiqués dans l'analyse préalable aux traitements des données chapitre 4, partie 2.

2.3. Analyses statistiques et démarche dans l'analyse des résultats

Toutes les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS, v.23. Plusieurs étapes ont été suivies dans le but de tester les différentes hypothèses. Tout d'abord, des analyses de corrélation permettant d'explorer les combinaisons entre la charge de travail, les trois composantes retenues du BEPT et le burnout ont été effectuées. Ensuite, des analyses de médiation afin de tester l'effet médiateur des composantes du BEPT sur la relation entre la charge de travail et le burnout ont été menées. Pour conduire ces analyses de médiation, nous avons utilisé la procédure de médiation définie par Hayes et Preacher (2014) qui consiste à estimer quatre paramètres (a, b, c et

c') correspondant aux effets totaux et directs de la variable prédictrice (la charge de travail) sur la variable dépendante (le burnout). Sur la base de ces premiers calculs, les effets indirects sont estimés à partir d'une procédure de boostraping sur un intervalle de confiance à 95%. Cette procédure est couramment utilisée et s'avère robuste notamment face aux biais possibles de distributions non normales des données (Preacher et Hayes, 2008). Nous avons choisi cette méthode plutôt que la modélisation par équations structurelles car le modèle testé comportait un nombre trop important de paramètres à estimer au regard du nombre de participants de nos groupes. Le ratio entre le nombre de participants par rapport au nombre de paramètres à estimer doit être supérieur à 1/20 (Kline, 2010). Les analyses de médiation ont été menées grâce à l'outil statistique « PROCESS » (Hayes, 2013).

3. Résultats

3.1. Analyses descriptives et comparatives

Dispersion des scores

Pour rappel, la dispersion des scores obtenus par les groupes des FAPC et des FSPC est relativement homogène. Il est à noter que les femmes avec un passé de cancer du sein présentent des scores médians supérieurs à ceux des femmes sans passé de cancer. Les scores médians sont globalement très en deçà des seuils critiques pour les manifestations anxieuse et dépressive. Il n'existe pas de seuils critiques dans la littérature concernant les autres variables. Les représentations obtenues dans l'étude 1 et 2 mettent en évidence l'existence de quelques *outliers* tant dans les groupes des FAPC que celui des FSPC et particulièrement pour la composante sentiment de compétence au travail *(observations < au 25th percentile ou > au 75th percentile).*

Analyses comparatives

Afin de comparer les données des deux groupes (FAPC et FSPC), un test t de Student a déja été réalisé dans les études 1 et 2. Le tableau 29 renseigne les résultats pertinents pour cette étude.

Tableau 29. Test de Student (FAPC / FSPC, n = 188)

	Femmes APC		**Femmes SPC**		
	M	σ	M	σ	Test-T
1. Burnout global	**3.56**	**1.76**	**3.08**	**.98**	**3.04****
2. Adéquation interpersonnelle au travail	3.96	.88	3.88	.84	-.64
3. Épanouissement dans le travail	3.59	1.20	3.46	1.27	-.72
4. Sentiment de compétence au travail	4.16	.76	4.13	.72	-.31
5. Charge de travail	4.58	1.64	4.79	1.46	.96

* p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.01

Les analyses nous ont montré que les FAPC présentent des scores de burnout significativement plus élevés que les FSPC. De plus, les scores moyens de nos participants pour le burnout sont supérieurs aux normes établies par Shirom en 2008 (burnout global : M = 2.33) et aux moyennes rapportées par Sassi et Neveu (2010) (burnout global : M = 2.92) mettant à jour des difficultés pour les FAPC. Nous n'observons pas de différences entre nos deux groupes pour les composantes évaluées relatives au BEPT ni pour la charge de travail perçue.

3..2 Analyses corrélationnelles et de médiation

Analyses corrélationnelles

Différents liens entre les différentes variables ont été évalués.

De manière exploratoire, les hypothèses suivantes ont été posées :

H6 : La charge de travail est liée négativement aux trois composantes retenues du BEPT (adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement dans le travail, sentiment de compétence au travail) au sein des deux groupes.

H 7 : Le burnout est lié négativement aux trois composantes retenues du BEPT (adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement dans le travail, sentiment de compétence au travail) au sein des deux groupes.

Nous avons mené des analyses de corrélation afin d'évaluer le lien entre le burnout, les trois composantes du BEPT retenues et la charge de travail. Les résultats sont présentés pour le groupe clinique dans le tableau 30 et pour le groupe contrôle dans le tableau 31.

Tableau 30. Analyses corrélationnelles (FAPC, n = 88)

	1	2	3	4	5
1. Burnout global	1	-.42**	-.35**	-.52**	.32**
2. Adéquation interpersonnelle au travail		1	.66**	.65**	-.24**
3. Épanouissement dans le travail			1	.62**	-.10
4. Sentiment de compétence au travail				1	-.17
5. Charge de travail					1

* p<.05 ; **p<.01

Chez les femmes de la population clinique, les résultats montrent que le burnout est lié positivement à la charge de travail et négativement à l'adéquation interpersonnelle au travail, à l'épanouissement dans le travail et au sentiment de compétence au travail (tableau 30). Seule l'adéquation interpersonnelle au travail est liée significativement et négativement à la charge de travail. Une seule analyse de

médiation avec cette composante comme médiateur dans la relation entre la charge de travail et le burnout global pourra être envisagée.

Tableau 31. Analyses corrélationnelles (FSPC, n = 100)

	1	2	3	4	5
1. Burnout global	1	-. 35**	-.26**	-.25**	.26**
2. Adéquation interpersonnelle au travail		1	.60**	.50**	-.01
3. Épanouissement dans le travail			1	.55**	.13
4. Sentiment de compétence au travail				1	.08
5. Charge de travail					1

* p<.05 ; **p<.01

Les analyses menées chez les FSPC sont présentées dans le tableau 31. Le score de burnout global est lié significativement et négativement avec les trois composantes du BEPT retenues. Cependant, la charge de travail ne montre aucun lien ni avec l'adéquation interpersonnelle au travail, ni avec l'épanouissement dans le travail, ni avec le sentiment de compétence au travail. Aucune analyse de médiation dans le groupe contrôle ne pourra être effectuée.

Conformément à nos attentes, les composantes du BEPT, renvoyant à la satisfaction des besoins fondamentaux selon la théorie de l'autodétermination, sont liées significativement et négativement au burnout. En revanche, seule la charge de travail montre des liens significatifs et négatifs avec la dimension adéquation interpersonnelle au travail chez les FAPC.

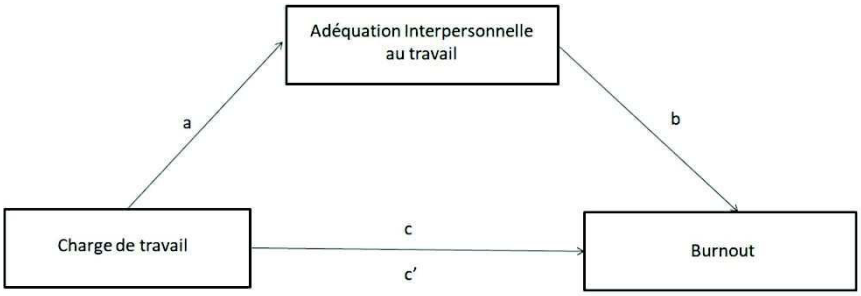
Rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout

De manière exploratoire, l'hypothèse suivante a été posée :

H 8 : L'adéquation interpersonnelle au travail devrait jouer un rôle médiateur dans la relation entre la charge de travail et le burnout chez les FAPC.

La figure 21 présente l'analyse de médiation menée dans cette étude.

Figure 21. Représentation du rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout



a : effet de la charge de travail sur l'adéquation interpersonnelle au travail
b : effet de l'adéquation interpersonnelle au travail sur le burnout
c : effet total de la charge de travail sur le burnout
c' : effet direct de la charge de travail sur le burnout
effet indirect c-c'

Selon Hayes et Preacher (2014), dans une analyse de médiation, deux types d'effets doivent être analysés : l'effet indirect de la variable indépendante sur la variable dépendante qui passe par la variable médiatrice et l'effet direct de la variable indépendante sur la variable dépendante. Il existe aussi un effet total de la variable indépendante sur la variable dépendante. Afin de parler de médiation, il est nécessaire que l'effet indirect standardisé soit significatif et que l'intervalle de confiance « *boostrap* » n'inclue pas la valeur 0. Le test statistique a donc été effectué, ici, en utilisant l'adéquation interpersonnelle au travail comme médiateur, la charge de travail comme variable indépendante et le burnout comme variable dépendante.

Tableau 32. Rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout

Prédicteur	Médiateur	Relation a	Relation b	Relation c	Relation c'	Effet indirect	Intervalle de confiance	
							Inférieur	Supérieur
W	AIT	-.13*	-.48***	.23**	.17*	.06	.00	.13

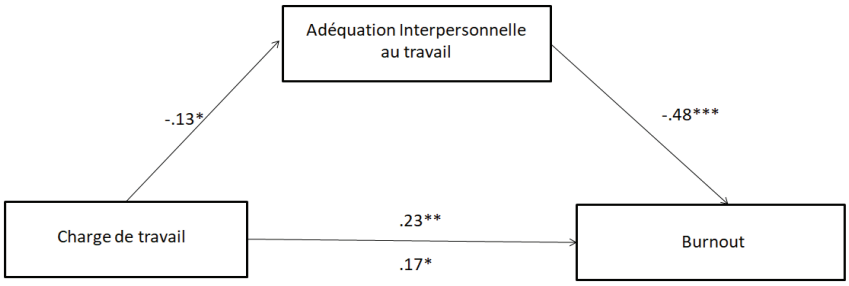
* p<.05 ; **p<.01 ***p<.001.

n = 88. **W :** Charge de travail ; **AIT :** adéquation interpersonnelle au travail.

Voir la figure 21 pour la définition des paramètres a, b, c et c'. Effet indirect des prédicteurs sur le burnout significatif au seuil de confiance à 95% à partir de la méthode de *boostraping* sur un échantillon probabiliste n = 5000. Les bornes inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance pour l'effet indirect sont reportées dans les deux dernières colonnes.

La figure 22 ci-après illustre l'effet médiateur de l'AIT dans la relation entre la charge de travail et le burnout.

Figure 22. Représentation du rôle médiateur de l'adéquation interpersonnelle au travail dans la relation entre la charge de travail et le burnout



a : effet de la charge de travail sur l'adéquation interpersonnelle au travail
b : effet de l'adéquation interpersonnelle au travail sur le burnout
c : effet total de la charge de travail sur le burnout
c' : effet direct de la charge de travail sur le burnout
effet indirect c-c'

L'analyse de médiation a été conduite avec la charge de travail comme prédicteur, le burnout comme variable dépendante et le sentiment d'adéquation interpersonnelle au travail comme médiateur (tableau 32). Dans notre modèle, l'effet total standardisé de la charge de travail sur le burnout est de .23. Cet effet total est composé d'un effet direct standardisé de .17 et d'un effet indirect standardisé de .06.

L'effet indirect passe par l'adéquation interpersonnelle au travail (95 % IC [.00, .13]). En effet, puisque l'intervalle de confiance (IC) ne contient pas le 0, il est probable qu'il existe un réel effet indirect. On peut donc conclure que l'adéquation interpersonnelle au travail joue un rôle médiateur dans la relation entre la charge de travail et le burnout chez les FAPC (Hayes et Preacher, 2014). Ainsi, si le score de la charge de travail d'une femme augmente de 1, le burnout augmente indirectement de .06 (effet indirect). De plus, si le score de charge de travail augmente de 1 le burnout augmente directement de .17 (effet direct). Ainsi, l'adéquation interpersonnelle au travail semble être une ressource pour les FAPC. L'hypothèse de médiation est donc validée.

4. Discussion

Cette étude avait pour objectif d'examiner les liens entre la charge de travail, trois des composantes du BEPT faisant écho aux besoins fondamentaux de Déci et Ryan (2000, 2008) et le burnout. La question sous-jacente était d'identifier si ces composantes du BEPT étaient médiatrices de la relation entre charge de travail et burnout.

Les analyses de corrélation ont montré des liens entre la charge de travail et l'adéquation interpersonnelle au travail uniquement chez les FAPC. Toutefois, et contrairement à nos attentes, ni l'épanouissement dans le travail ni le sentiment de compétence au travail ne semblent avoir de liens avec ce stesseur. De la même façon, aucun lien n'a été mis en évidence entre la charge de travail et les trois composantes du BEPT chez les femmes du groupe contrôle. En revanche, pour les deux groupes, les résultats ont montré que plus ces besoins, participant activement au BEPT, sont satisfaits et moins les femmes présentent un épuisement au niveau professionnel. Il est à noter que la force de ces liens est plus forte pour les FAPC que pour les FSPC.

L'analyse de médiation menée a permis de montrer que l'adéquation interpersonnelle au travail joue un rôle de médiation entre la charge de travail et le burnout chez les FAPC, confirmant ainsi notre hypothèse. Cette composante correspond à la perception qu'ont les individus d'évoluer dans un milieu de travail où ils

entretiennent des relations interpersonnelles positives et constructives. Elle apparait donc comme une ressource contre l'impact de la charge de travail sur le burnout chez les FAPC évaluées dans cette étude. Ces résultats vont dans le sens de la littérature qui a montré que la satisfaction du besoin d'affiliation est essentielle pour prévenir le burnout (Laguardia et Ryan, 2000). Percevoir une attitude compréhensive de la part de l'employeur et de ses collègues peut se révéler particulièrement aidant (Asselain et al., 2011). La femme qui va se sentir acceptée telle qu'elle est et qui évalue les relations avec son entourage professionnel comme étant de qualité aura davantage de facilité à exprimer ses difficultés et à demander de l'aide en cas de surcharge de travail. Parallèlement, cette composante renvoie au fait qu'elle se sent estimée à sa valeur et pour ce qu'elle est. Les relations avec son entourage professionnel sont donc perçues comme des relations entre collègues et non de collègue à malade. L'entourage professionnel peut alors être envisagé comme une ressource. Il convient de maintenir ces bons rapports.

En somme, les personnes avec lesquelles les FAPC interagissent dans leur environnement professionnel constituent de véritables ressources diminuant l'impact de la charge de travail sur le burnout.

5. Bibliographie succincte de l'étude

Bowling, N. A., Alarcon, G. M., Bragg, C. B., & Hartman, M. J. (2015). A meta-analytic examination of the potential correlates and consequences of workload. *Work & Stress*, *29*(2), 95‑113. http://dx.doi.org/10.1080/02678373.2015.1033037

Chassaing, K., & Waser, A.-M. (2010). Travailler autrement. Comment le cancer initie un autre rapport au travail ? *Travailler*, (23), 99‑136. https://doi.org/10.3917/trav.023.0099

Dose, É., Desrumaux, P., Sovet, L., & De Bosscher, S. (2018). Succès de carrière et bien-être psychologique au travail des conseiller-e-s de l'accompagnement professionnel : rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie du Travail et des Organisations*, *24*(1), 86‑107. https://doi.org/10.1016/j.pto.2017.05.002

Hayes, A. F., & Preacher, K. J. (2014). Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, *67*(3), 451‑470. https://doi.org/10.1111/bmsp.12028

En résumé, le chapitre 6 s'est intéressé à la santé mentale au travail des femmes avec un passé de cancer du sein. L'étude 1 a permis de mettre en évidence que les FAPC manifestent davantage de burnout que les FSPC et plus particulièrement un épuisement émotionnel et une lassitude cognitive. Les analyses de régression ont montré que les profils se distinguent en fonction des groupes. Dans le groupe des FAPC le conflit VPvp, l'anxiété, ainsi que l'interaction de ces deux facteurs prédisent le burnout et deux de ses dimensions (la fatigue physique et la lassitude cognitive). Chez les FSPC, en revanche, globalement, seule l'anxiété prédit le burnout. De plus, aucun effet d'interaction n'a été observé. Par ailleurs la première étude a permis de révéler un effet modérateur de l'anxiété sur le lien entre conflit VPvp et burnout uniquement chez les FAPC. Ainsi, le confit VPvp s'est révélé être une préoccupation pour les femmes du groupe clinique.

L'étude 2 s'est centrée sur les processus positifs et a cherché à rendre compte des ressources pouvant influer sur le BEPT. Il est apparu que les FAPC sont davantage optimistes que les FSPC. De plus, les ressources prédisant le BEPT se sont révélées différentes selon les groupes. Chez les femmes avec un passé de cancer du sein, le sentiment d'efficacité personnelle est la ressource la plus mobilisée. De plus, le détachement psychologique du travail ne s'est exprimé que dans ce groupe. Avec l'auto-efficacité, ce processus de restauration prédit le sentiment de compétence au travail. Pour le groupe contrôle, globalement, seul l'optimisme prédit le BEPT.

Enfin, la troisième étude visait à identifier si l'une des trois composantes du BEPT (adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement dans le travail et sentiment de compétence au travail) avait un rôle médiateur dans la relation entre la charge de travail et le burnout. Les résultats ont montré que seule l'adéquation interpersonnelle au travail médiatise le lien entre ce stresseur et la composante négative de la santé mentale au travail, et ce uniquement dans la population clinique. Les personnes avec lesquelles elles interagissant dans le domaine professionnel sont de véritables ressources pour les FAPC.

Ce chapitre a ainsi montré que les FAPC disposent de ressources qu'il convient de maintenir et de promouvoir. Le prochain chapitre intègre le conjoint à l'étude de la santé mentale, afin d'identifier s'il peut également constituer une ressource dans la santé mentale au travail pour les FAPC dans l'après-cancer.

Chapitre 7

Étude de la santé mentale au travail des couples dont la femme a eu un cancer du sein : Approche dyadique et comparative

Étude 4 - Effet de la satisfaction de sa relation au conjoint sur la santé mentale au travail des couples dont la femme a un passé de cancer : une approche intra et intergroupe exploratoire

Étude 5 - La santé mentale au travail des femmes avec un passé de cancer du sein : approche dyadique, comparative et exploratoire

Avant-propos

Le chapitre 2 de la partie 3 - Résultats comprend deux études ayant pour but d'examiner les stresseurs et les ressources qui influent sur la santé mentale au travail (burnout et bien-être psychologique au travail) des couples dont la femme a eu un cancer du sein, en comparaison d'un groupe contrôle. Les données présentées dans cet avant-propos correspondent aux données sociodémographiques des quatre groupes de ces deux études : 1/ femme avec passé de cancer (FAPC) ; 2/ homme dont la femme a eu un cancer (HAPC) ; 3/ femme sans passé de cancer (FSPC) ; et 4/ homme dont la femme n'a pas eu de cancer (HSPC).

Données sociodémographiques des quatre groupes

Dans ce chapitre, 220 couples ont participé à ces deux études. Plus précisément, 20 couples dont la femme a eu un cancer du sein (groupe clinique) et 100 couples sans passé de cancer (groupe contrôle) ont complété les différents questionnaires.

L'âge moyen est de 46 ans pour les FAPC et de 50 ans pour les HAPC. Concernant leur statut matrimonial, 75% des participants de ce groupe sont mariés. La durée moyenne de leur vie de couple est de 20 ans environ. Dans ce groupe, 70% des femmes et 75% de leur conjoint ont plus de deux enfants. S'agissant de leurs professions et catégories socioprofessionnelles, 30% des FAPC vs 40% des HAPC sont cadres ou occupent une profession intellectuelle supérieure, 40% des FAPC vs 35% des HAPC occupent une profession intermédiaire et 30% des FAPC vs 5% des HAPC sont employés. À noter que dans le groupe des HAPC, 15% sont ouvriers et une seule personne est agriculteur.

Dans le groupe contrôle, l'âge moyen des femmes est de 39 ans et celui de leur conjoint est d'environ 40 ans. Concernant leur statut matrimonial, 75% des participants de ce groupe sont mariés. La durée moyenne de leur vie de couple est de 13 ans environ. Dans ce groupe, 48% des FSPC et 42% des HSPC ont au moins deux enfants. Concernant les professions et catégories socioprofessionnelles, 26% des FSPC vs 22% sont cadres ou occupent une profession intellectuelle supérieure, 21% des FSPC vs 25% des HSPC exercent une profession intermédiaire, 47% des FSPC vs 16% des HSPC sont des employés, 4% des FSPC vs 30% des HSPC sont des ouvriers et 1% des FSPC et HSPC sont des agriculteurs. Notons que 5% des HSPC sont des artisans ou des commerçants.

Tableau 33. Données sociodémographiques (FAPC vs HAPC, FSPC vs HSPC)

Caractéristiques démographiques	**FAPC(n=20)**	**HAPC(n=20)**	**p***
Age (année)			
Moyenne (étendue)	46.85 (31 - 61)	49.80 (34 - 63)	.22
Données manquantes			
Statut matrimonial (n ; %)			
Marié(e)	15 (75%)	15 (75%)	_
Pacsé(e)	3 (15%)	3 (15%)	
En concubinage	2 (10%)	2 (10%)	
Durée couple (en année)			_
Moyenne (étendue)	20.35 (1 – 32)	20.35 (1 – 32)	
Nb enfants (n ; %)			
Aucun	1 (5%)	1 (5%)	.93
1	5 (25%)	4 (20%)	
plus de 2	14 (70%)	15 (75%)	
Catégorie socioprofessionnelles (n ; %)			
1. agriculteurs	_	1(5%)	
2. artisans ou commerçants	_	_	
3. cadres	6 (30%)	8(40%)	*.05*
4. professions intermédiaires	8 (40%)	7 (35%)	
5. employées	6 (30%)	1 (5%)	
6. ouvriers	_	3 (15%)	

Tableau 34. suite : Données sociodémographiques (FAPC vs HAPC, FSPC vs HSPC)

Caractéristiques démographiques	**FSPC(n=100)**	**HSPC(n=100)**	**p***
Age (année)			
Moyenne (étendue)	38.92 (20 - 71)	40.37 (20 - 73)	.38
Données manquantes	0	0	
Statut matrimonial (n ; %)			
Marié(e)	47 (47%)	47 (47%)	
Pacsé(e)	12 (12%)	12 (12%)	_
En concubinage	40 (40%)	40 (40%)	
Données manquantes	1 (1%)	1 (1%)	
Durée couple (en année) Moyenne (étendue)	12.70 (1 - 51)	12.70 (1 - 51)	_
Nb enfants (n ; %)			
Aucun	37 (37 %)	36 (36%)	
1	15 (15 %)	17 (17%)	.66
plus de 2	48 (48 %)	47 (42%)	
CSP (n ; %)			
1. agriculteurs	1 (1 %)	1 (1%)	
2. artisans ou commerçants	_	5 (5%)	
3. cadres	26 (26 %)	22 (22%)	**.00*** **
4. professions intermédiaires	21 (21 %)	25 (25%)	
5. employées	47 (47 %)	16 (16%)	
6. ouvriers	4 (4 %)	30 (30%)	
Données manquantes	1 (1 %)	1 (1%)	

* p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

À noter : Un test t de Student a été réalisé pour l'âge et un test de Chi-deux (χ^2) a été effectué pour les variables nominales.

Aucun des critères sociodémographiques n'a permis d'égaliser nos groupes pour les raisons évoquées dans l'avant-propos du chapitre 6.

Tableau 35. Données sociodémographiques (FAPC vs FSPC, HAPC vs HSPC

Caractéristiques démographiques	**FAPC(n=20)**	**FSPC(n=100)**	**p***
Âge (année)			
Moyenne (étendue)	46.85 (31 - 61)	38.92 (20 - 71)	**.01****
Données manquantes		0	
Statut matrimonial (n ; %)			
Marié(e)	15 (75%)	47 (47%)	
Pacsé(e)	3 (15%)	12 (12%)	**.03***
En concubinage	2 (10%)	40 (40%)	
Durée couple (en année)		1 (1%)	**.01****
Moyenne (étendue)	20.35 (1 – 32)	12.70 (1 - 51)	
Nb enfants (n ; %)			
Aucun	1 (5%)	37 (37 %)	
1	5 (25%)	15 (15 %)	**.03***
plus de 2	14 (70%)	48 (48 %)	
CSP (n ; %)			
1. agriculteurs	_	1 (1 %)	
2. artisans ou commerçants	_	_	
3. cadres	6 (30%)	26 (26 %)	
4. professions intermédiaires	8 (40%)	21 (21 %)	.33
5. employées	6 (30%)	47 (47 %)	
6. ouvriers	_	4 (4 %)	
Données manquantes		1 (1 %)	
Caractéristiques démographiques	**HAPC(n=20)**	**HSPC(n=100)**	**p***
Age (année)			
Moyenne (étendue)	49.80 (34 - 63)	40.37 (20 - 73)	**.001*****
Données manquantes		0	
Statut matrimonial (n ; %)			
Marié(e)	15 (75%)	47 (47%)	
Pacsé(e)	3 (15%)	12 (12%)	**.03***
En concubinage	2 (10%)	40 (40%)	
Données manquantes		1 (1%)	
Durée couple (en année) Moyenne (étendue)	20.35 (1 – 32)	12.70 (1 - 51)	**.002****
Nb enfants (n ; %)			
Aucun	1 (5%)	36 (36%)	
1	4 (20%)	17 (17%)	**.02****
plus de 2	15 (75%)	47 (42%)	
Catégorie socioprofessionnelle (n ; %)			
1. agriculteurs	1(5%)	1 (1%)	
2. artisans ou commerçants	_	5 (5%)	
3. cadres	8(40%)	22 (22%)	.14
4. professions intermédiaires	7 (35%)	25 (25%)	
5. employées	1 (5%)	16 (16%)	
6. ouvriers	3 (15%)	30 (30%)	
Données manquantes	_	1 (1%)	

* p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

Données médicales du groupe des FAPC

Les données médicales des 20 femmes avec un passé de cancer du sein sont résumées dans le tableau 36. La majorité des FAPC présentait une tumeur de taille 2 (40%). De plus, elles ont pour la majorité été traitée par chimiothérapie (95%), radiothérapie (85%) et 80% ont également subi une intervention chirurgicale. Le temps moyen depuis l'arrêt des traitements est d'environ 4 ans. La majorité des femmes n'a pas maintenu son activité professionnelle durant les traitements (85%), mais a repris une activité 13 mois en moyenne après le début de l'arrêt de travail. Concernant leur état de santé, si certaines des FAPC ont exprimé ne pas en être satisfaites (4.5%), les autres s'estiment satisfaites.

Tableau 36. Caractéristiques médicales (FAPC)

Caractéristiques médicales	FAPC(n=20) n (%)
Taille tumeur	
1	6 (30)
2	8 (40)
3	2 (10)
4	_
5	1 (5)
Données manquantes	3 (15)
Type de traitement	
Chimiothérapie	19 (95)
Chirurgie	16 (80)
Radiothérapie	17 (85)
Hormonothérapie	9 (45)
Cancer primitif	
oui	19 (95)
non	_
Données manquantes	1 (5)
Récidive	
oui	3 (15)
non	17 (85)
Métastases	
oui	_
non	20 (100)
Atteinte ganglions lymphatiques	
oui	10 (50)
non	10 (50)
État de santé	
Très satisfaisant	10 (50)
Moyennement satisfaisant	10 (50)
Pas satisfaisant	_
Temps depuis arrêt traitement (en année)	
moyenne (étendue)	3.80 (1 - 21)
Maintien activité professionnelle durant le traitement	
oui	3 (15)
non	17 (85)
Si non combien de temps (en mois)	13.23 (1 - 30)
Données manquantes	7

Étude 4[8]

Effet de la satisfaction de sa relation au conjoint sur la santé mentale au travail des couples dont la femme a un passé de cancer : une approche intra et intergroupe

Ce chapitre 7 s'intéresse à la santé mentale du couple dans l'après-cancer. Dans cette première étude seront respectivement présentées les analyses descriptives des composantes de la santé mentale au travail, mais également la satisfaction de sa relation avec son conjoint au sein des couples des groupes clinique et contrôle. Dans un second temps, des analyses comparatives concernant ces variables seront menées. Pour terminer, des modèles causaux viseront à rendre compte des liens entre variables prédictrices (stresseurs ou ressources) et santé mentale au travail pour chacun des conjoints au sein des deux groupes.

[8]Saramago, M., Lemétayer, F. *Effet de la satisfaction de sa relation au conjoint sur la santé mentale au travail des couples dont la femme a un passé de cancer : une approche intra et intergroupe* (article en préparation)

Effet de la satisfaction de sa relation au conjoint au sein des couples

dont la femme a un passé de cancer du sein : une approche intra et intergroupe

1. Introduction

Les femmes atteintes d'un cancer du sein ont souvent pour première source de soutien leur conjoint (Segrestan-Crouzet, 2010). L'impact de la maladie sur l'un ou l'autre des partenaires est à prendre en considération (Li et Loke, 2014). Les partenaires rapporteraient d'ailleurs autant de problèmes d'ajustement que les personnes ayant souffert d'un cancer lors de la période de rémission (Baider et Kaplan, 1988 ; Segrestan-Crouzet, 2010). Certaines études attestent de cette fragilité chez les conjoints (Bigatti, Brown, Steiner et Miller, 2011 ; Milbury et Badr, 2013 ; Segrin, Badger, Sieger, Meek et Lopez, 2006). Dans la situation particulière de l'après cancer, certaines recherches ont avancé que les partenaires sont nombreux à souffrir de dépression, jusqu'à sept ans après le diagnostic, et les taux de prévalence sont encore plus élevés concernant l'anxiété (40%) (Mitchell, Ferguson, Gill, Paul et Symonds, 2013).

L'étude du couple est donc devenue indispensable dans le champ du cancer. La littérature a montré que la satisfaction dans le couple est liée à de nombreuses variables et serait une ressource. Elle aurait un impact sur la santé mentale et physique (Rusbult et Buunk, 1993). Elle aurait également une influence sur le bien-être (Caruana, Money et Berthon, 2000) et serait corrélée positivement à la satisfaction de vie (Scorsolini-Comin et Santos, 2011). Divers facteurs peuvent influer sur sa satisfaction de sa relation de couple. Par exemple, l'anxiété chez l'homme affecterait sa propre satisfaction, mais également celle de sa partenaire alors que l'anxiété de la femme n'aurait aucune influence sur sa satisfaction ni celle de son conjoint (Dehle et Weiss, 2002).

La satisfaction de sa relation de couple peut également interagir avec d'autres domaines tels que le travail. Les hommes et les femmes ne semblent pas être affectés de la même façon par leur propre stress au travail et ceux de leur conjoint (Neff et Karney, 2007). Les femmes prendraient des mesures plus actives pour empêcher leur stress au travail d'affecter leur relation dans la vie privée (Roeters, van der Lippe et Kluwer,

2009). La satisfaction familiale des hommes serait davantage affectée par le travail que les femmes.

Dans le contexte du cancer, malgré les nombreux changements dus à la maladie, la majorité des couples semblent maintenir voire pour certains augmenter leur satisfaction relationnelle (Dorval et al., 2005). Certaines études ont suggéré que la capacité des couples à faire face au cancer serait significativement associée à leur degré de satisfaction dans la relation (Falconier, Jackson, Hilpert et Bodenmann, 2015 ; Pankrath et al., 2018 ; Regan et al., 2014 ; Traa, De Vries, Bodenmann et Den Oudsten, 2015). Les personnes soufrant de cancer et leur partenaire qui sont plus satisfaits de leur relation sont plus à même de reconnaitre les besoins de chacun et de fournir du soutien (Pankrath et al., 2018). De plus, cinq ans après le diagnostic, la détresse conjugale (c'est-à-dire une satisfaction de sa relation de couple faible) ne serait pas seulement associée chez ces femmes à de plus mauvais résultats psychologiques, mais également à une moins bonne santé et à une baisse plus marquée de l'activité physique. Leur rétablissement est ainsi limité lorsqu'elles doivent faire face en plus à des difficultés dans leur couple.

Aucune étude, à notre connaissance, n'étudie la santé psychologique au travail (que ce soit sous l'angle négatif avec le burnout ou positif avec le BEPT) chez les couples ayant été confrontés au cancer du sein. Dans l'étude 1, nous avons vu l'importance de l'impact de l'humeur anxieuse sur le burnout global et ses sous-dimensions dans les deux groupes de femmes. Cette introduction nous a également montré que le conjoint de la femme qui a souffert de cette maladie peut également être impacté et présenter une symptomatologie anxieuse et dépressive sur le long terme. Parallèlement, la littérature souligne qu'il est communément constaté que les femmes déclarent plus d'anxiété que les hommes (Tetzner et Schuth, 2016). Dans le domaine de l'oncologie et plus particulièrement dans le cas du cancer, la satisfaction de vie serait un construit permettant d'appréhender et de mieux comprendre l'adaptation de ces femmes à leur maladie (Fonseca, Lencastre et Guerra, 2014 ; Olsson et al., 2017). Dans le domaine professionnel, les personnes qui montrent un détachement psychologique du travail plus efficace seraient davantage satisfaites de leurs loisirs ce qui serait positivement lié à la satisfaction de vie (Strauss-Blasche, Ekmekcioglu et Marktl, 2002 ; Sonnentag et Fritz, 2007).

La satisfaction de sa relation de couple semble être une ressource protégeant des manifestations anxieuses et dépressives dans la population générale. De plus, elle a un rôle important dans l'ajustement des couples face à un cancer du sein (Brandão et al., 2017). Intégrer la satisfaction de vie afin de voir si les variables évaluées sont davantage pertinentes pour prédire un indicateur global qu'un indicateur spécifique à la santé mentale au travail a semblé pertinent.

L'objectif de cette étude est ainsi d'identifier si la satisfaction de sa relation conjugale peut protéger du burnout d'une part et influencer le BEPT d'autre part chez les deux conjoints à la fois du groupe clinique et du groupe contrôle.

Cette étude est sous-tendue par l'hypothèse générale suivante :

ÉTUDE 4 - HYPOTHESE GENERALE

La satisfaction de la relation de couple serait perçue comme une ressource protégeant d'un burnout d'une part et influant positivement sur le BEPT d'autre part chez les femmes des deux groupes comparativement à leur conjoint.

2. Méthode

2.1. Population

Vingt couples dont la femme a un passé de cancer du sein (groupe clinique) et 100 couples sans passé de cancer (groupe contrôle) ont participé à cette étude. Les données sociodémographiques sont présentées dans l'avant-propos de ce chapitre.

2.2. Questionnaires

Divers questionnaires ont été utilisés dans cette étude, tels que le *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM) (Shirom et Melamed, 2006 ; traduction française Sassi et Neveu, 2010), l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond et Snaith,

1983 ; traduction française Bocéréan et Dupret, 2014), l'échelle de bien-être psychologique au travail (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012), le *Psychological Detachment at Work Scale* (Sonnentag et Fritz, 2007 ; traduction française Carrier-Vernhet, 2012), le *Satisfaction with life scale (*Diener, Emmons, Larsen et Griffin, 1985 ; traduction française Blais, Vallerand, Pelletier et Brière, 1989) et le *Relationship Assessment Scale* (Hendrick, 1988 ; validation française Saramago, Lemétayer et Gana soumis). Une description précise de chacune des échelles est trouvée dans la partie Méthodologie, chapitre 3, partie 2.

Les alphas de Cronbach calculés pour notre échantillon sont présentés dans le chapitre 4 analyses préalables aux traitements des données, partie 2. Globalement, les analyses de fiabilité montrent des scores satisfaisants pour l'ensemble des échelles utilisées.

2.3. Analyses statistiques

Dans un premier temps, des tests de comparaison de moyennes ont été réalisés afin d'évaluer s'il existe des différences au sein de chaque couple pour chacune des variables évaluées. Puis, dans un second temps, une analyse prédictive des variables susceptibles d'influer sur le burnout d'une part et sur le BEPT (évaluées avec les trois dimensions retenues) a été réalisée par la méthode *Partial Least Square* (PLS), en utilisant le logiciel SmartPLS 3 (Ringle, Wende et Becker, 2015). Nous avons choisi cette méthode, car elle est adaptée aux petits échantillons et aux données dont la distribution ne suit pas une loi normale. Ainsi, la méthode PLS fournit des indications sur les capacités prédictives des modèles testés, afin de porter un jugement sur la qualité globale du modèle.

3. Résultats

3.1. Analyses descriptives et comparatives

Dispersion des scores

Globalement, la dispersion des scores obtenus entre les femmes et les hommes est homogène pour le groupe clinique mis à part pour le burnout ou les femmes montrent un score médian plus élevé (figure 23 à 40).

Figure 23. Scores médians du Burnout global - FAPC et HAPC

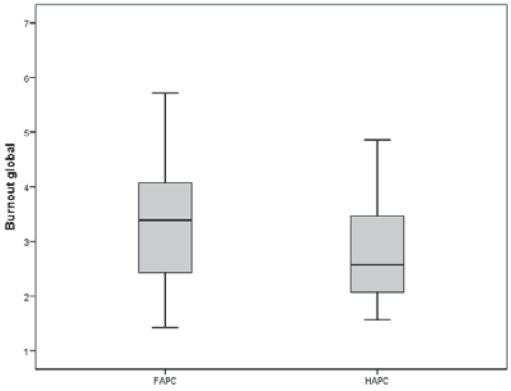


Figure 24. Scores médians de l'Adéquation interpersonnelle au travail - FAPC et HAPC

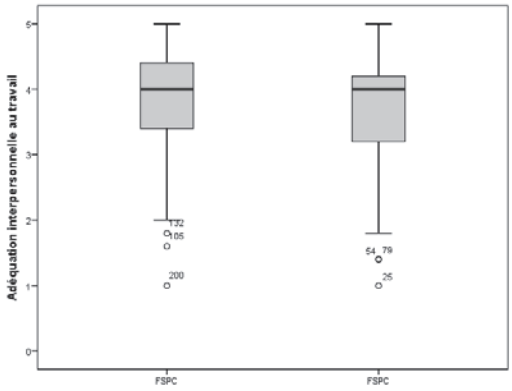


Figure 25. Scores médians de l'Épanouissement au travail - FAPC et HAPC

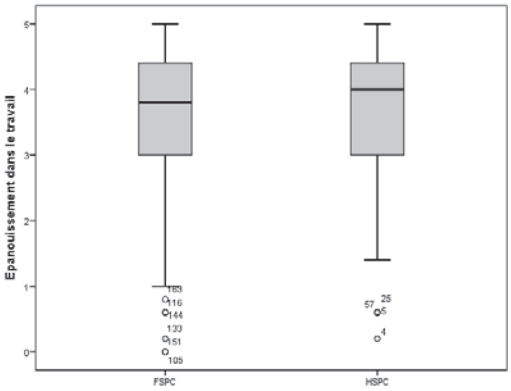


Figure 26. Scores médians du Sentiment de compétence au travail - FAPC et HAPC

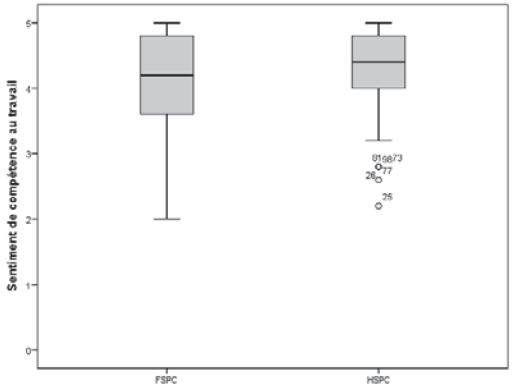


Figure 27. Scores médians des manifestations dépressives - FAPC et HAPC

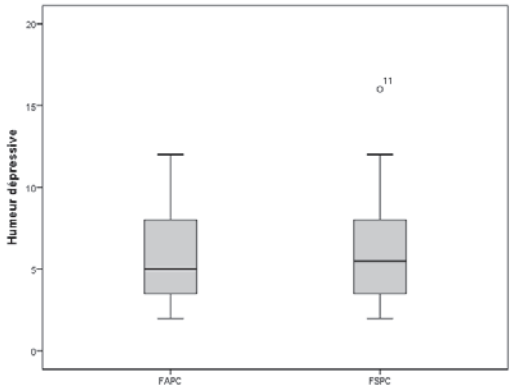


Figure 28. Scores médians des manifestations anxieuses - FAPC et HAPC

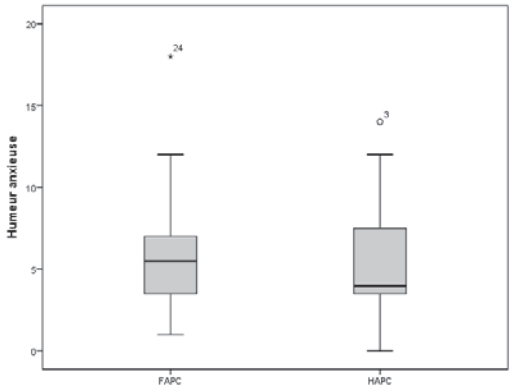


Figure 29. Scores médians du détachement psychologique du travail - FAPC et HAPC

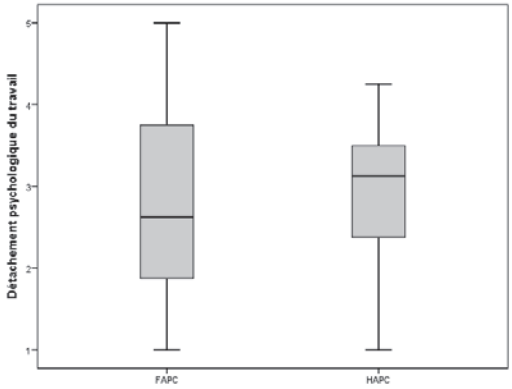


Figure 30. Scores médians de la satisfaction de sa relation de couple - FAPC et HAPC

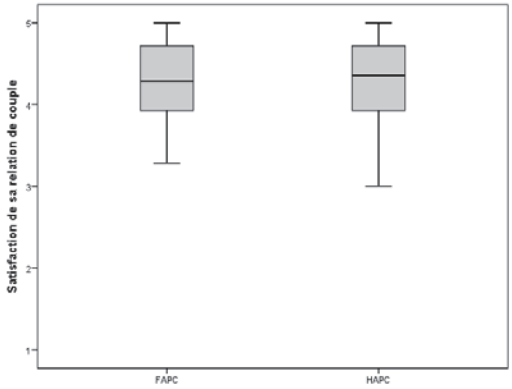


Figure 31. Scores médians de la satisfaction de vie - FAPC et HAPC

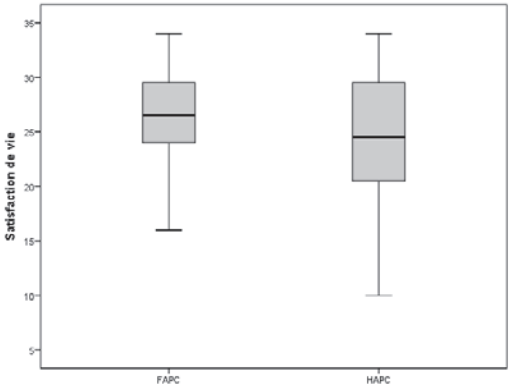


Figure 32. Scores médians du Burnout global - FSPC et HSPC

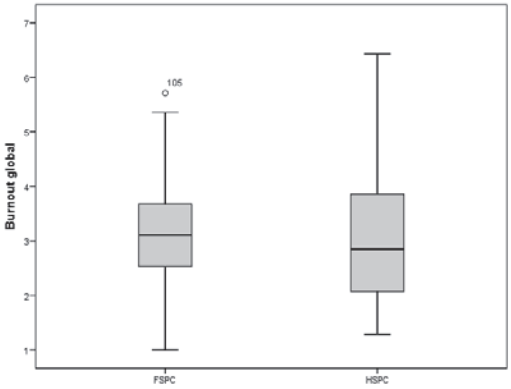


Figure 33. Scores médians de l'Adéquation interpersonnelle au travail - FSPC et FSPC

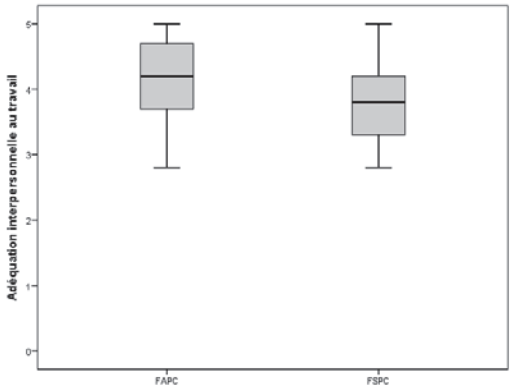


Figure 34. Scores médians de l'Épanouissement au travail - FSPC et HSPC

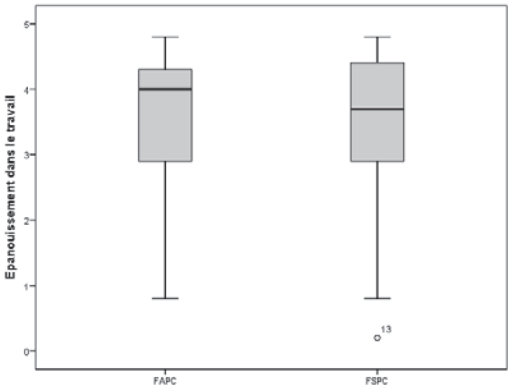


Figure 35. Scores médians du Sentiment de compétence au travail - FSPC et HSPC

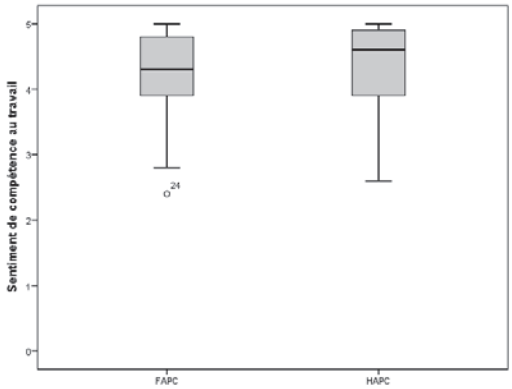


Figure 36. Scores médians des manifestations dépressives - FSPC et HSPC

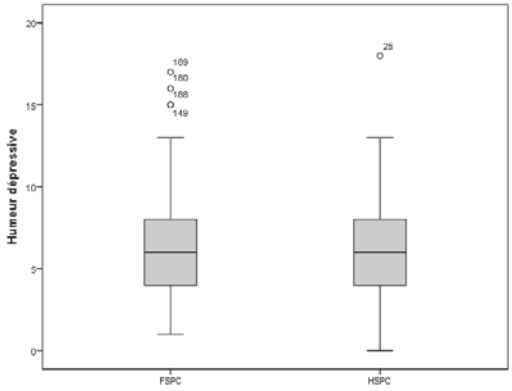


Figure 37. Scores médians des manifestations anxieuses - FSPC et HSPC

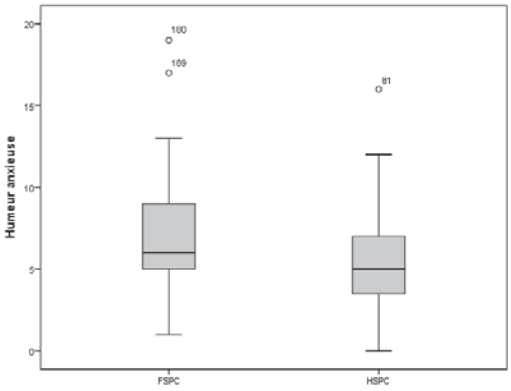


Figure 38. Scores médians du détachement psychologique du travail - FSPC et HSPC

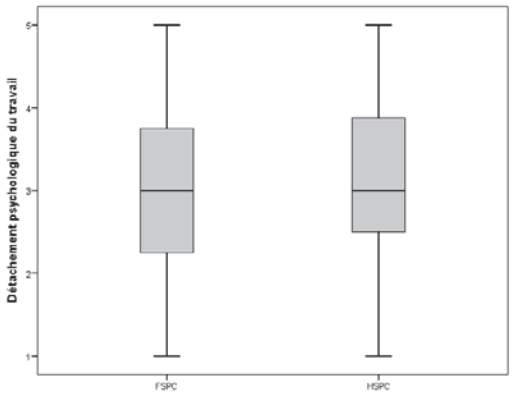


Figure 39. Scores médians de la satisfaction de sa relation de couple - FSPC et HSPC

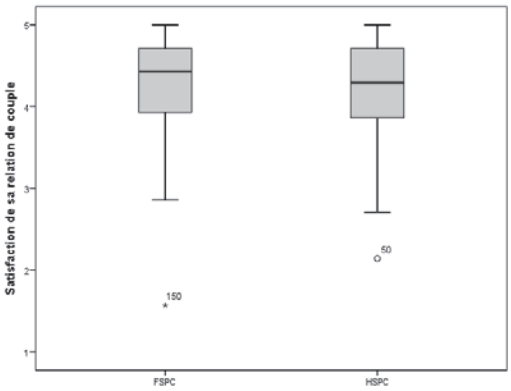
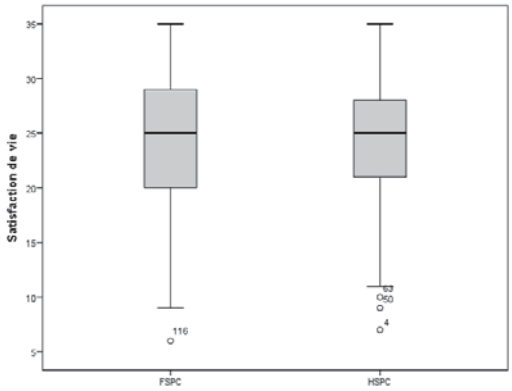


Figure 40. Scores médians de la satisfaction de vie - FSPC et HSPC



Pour le groupe clinique, les figures mettent en évidence que les scores sont davantage dispersés pour le détachement psychologique du travail pour les FAPC et pour la satisfaction de vie pour les HAPC. Concernant le groupe contrôle, la dispersion des scores est plus homogène entre les hommes et les femmes. Néanmoins, les scores semblent plus dispersés pour le burnout chez les HSPC. Ces représentations mettent en évidence l'existence de quelques *outliers* uniquement pour le groupe contrôle *(observations < au 25th percentile ou > au 75th percentile).*

Analyses comparatives

Conformément à la littérature, les hypothèses suivantes ont été posées :

H9 : Les hommes du groupe clinique présentent davantage de manifestations anxieuses et dépressives que leur partenaire.

H10 : Les femmes du groupe contrôle présentent davantage de manifestations anxieuses et dépressives que les hommes.

Afin de comparer les scores pour les différentes variables entre les femmes et les hommes des deux groupes contrôle et clinique, un test de Mann-Whitney a été effectué (tableau 37). En effet, le recours à un test non paramétrique a semblé plus adapté en raison de la petite taille de l'échantillon du groupe clinique.

Tableau 37. U de Mann-Whitney pour les couples du groupe clinique et contrôle (FAPC/HAPC et FSPC/HSPC)

	Groupe Clinique (n = 40)					**Groupe Contrôle (n = 200)**				
	FAPC		**HAPC**			**FSPC**		**HSPC**		
	M	σ	M	σ	U Mann-Whitney p valeur	M	σ	M	σ	U Mann-Whitney p valeur
1. BO	3.39	1.16	2.83	.98	.12	3.08	.98	2.96	1.07	.36
2. Dép	5.80	2.82	6.30	3.77	.88	6.38	3.40	6.30	3.06	.78
3. Anx	5.85	4.07	5.45	3.63	.78	**6.87**	**3.24**	**5.39**	**2.88**	**.001**
4 AIT	4.11	.66	3.80	.62	.13	3.88	.84	3.72	.89	.26
5. EDT	3.57	1.02	3.41	1.24	.84	3.46	1.27	3.61	1.05	.68
6. SCT	4.20	.76	4.31	.69	.64	4.13	.72	4.26	.66	.17
7. Dét	2.84	1.19	2.90	.88	.86	3.04	.99	3.16	.94	.32
8. RAS	4.26	.52	4.26	.54	.88	4.26	.63	4.22	.62	.62
9. SV	26.20	5.01	24.65	6.17	.49	24.30	6.39	24.36	6.01	.84

*p<0.05 ;**p<0.01 ;***p<0.001

Bo : Burnout ; **Dép :** Dépression ; **Anx :** Anxiété ; **AIT :** Adéquation interpersonnelle au travail ; **EDT :** Épanouissement dans le travail ; **SCT :** Sentiment de compétence au travail ; **Det :** Détachement psychologique du travail ; **RAS :** Satisfaction de sa relation de couple ; **SV :** Satisfaction de vie

Contrairement à nos attentes, ce test n'a pas mis en évidence de différence significative pour les scores de manifestations anxio-dépressives entre les femmes et leur partenaire du groupe clinique. Les conjoints ne se distinguent pas non plus concernant le burnout, les trois composantes évaluées du BEPT, le détachement psychologique du travail et la satisfaction de vie. Le test de Mann-Withney a cependant montré des différences au sein du groupe contrôle. En effet, et conformément à nos attentes, les femmes présentent des scores significativement plus élevés pour l'anxiété. Aucune autre différence en fonction du genre n'a été notée au sein de ce groupe. Concernant la satisfaction de sa relation de couple aucune différence significative n'est mise en évidence en fonction du genre que ce soit pour le groupe clinique ou le groupe contrôle. Il est à noter que les couples de cette étude paraissent satisfaits de leur relation de couple. Les moyennes obtenues sont en effet proches de celles trouvées par Hendrick (1988) (M = 4.23) et de celles que nous avons mises en évidence dans la validation de la RAS en français (M = 4.16).

Il est important de noter que les scores concernant les manifestations anxieuses et dépressives sont en deçà des seuils critiques pour les deux groupes. Toutefois, les scores moyens de nos participants pour le burnout sont supérieurs aux normes établies par Shirom en 2008 (burnout global : M = 2.33 pour les femmes ; M = 2.05 pour les hommes). En revanche, ils se rapprochent des moyennes rapportées par Sassi et Neveu (2010) (burnout global : M = 2.92).

À l'instar de l'étude 1, nous avons calculé les taux de prévalence des manifestations anxieuses et dépressives pour les femmes et les hommes des groupes clinique et contrôle (tableau 38).

Tableau 38. Taux de prévalence manifestations anxieuse et dépressive en % (FAPS, HAPC, FSPC, HSPC n = 240)

Symptômes	**8 ≥ X ≥ 10 modéré**				**11 ≥ X ≥ 21 élevé**			
Groupe	FAPC	HAPC	FSPC	HSPC	FAPC	HAPC	FSPC	HSPC
Dépression	20	10	17	23	5	**20**	12	8
Anxiété	10	15	22	11	10	10	13	7

Malgré que les scores des manifestations anxieuses et dépressives soient en deçà du seuil de 8 défini par l'HADS, près de 25% des FAPC présentent des manifestations dépressives (dont 20% une symptomatologie modérée). Leur partenaire est plus nombreux à présenter des manifestations dépressives (30% dont 20% une symptomatologie élevée). Dans le groupe contrôle les taux de prévalence sont environ de 30%, quel que soit le genre. Cependant, et contrairement aux hommes du groupe clinique, le taux de prévalence pour une symptomatologie dépressive élevée est moins proéminent que celui des autres groupes (5% pour les FAPC, 12% pour les FSPC, 8% pour les HSPC). Ainsi, les conjoints des femmes ayant eu un cancer présentent une fragilité dans la période de l'après cancer, dont il faudra tenir compte.

Les taux de prévalence pour les manifestations anxieuses montrent également que les conjoints du groupe HAPC sont plus nombreux à présenter des scores supérieurs aux scores seuils pour cette symptomatologie que leur partenaire. Dans le groupe contrôle la tendance est inversée. Là encore, la fragilité des conjoints du groupe HAPC de cette étude est mise en avant.

3.2. Analyses causales

Les modèles théoriques développés dans cette partie proposent que les manifestations anxio-dépressives ou les ressources parmi lesquelles la satisfaction de sa relation de couple prédisent la santé mentale au travail pour chacun des conjoints au sein des deux groupes.

Modèle de recherche

Le modèle causal utilisé est spécifié et estimé par le biais des moindres carrés partiels (*Partial Least Square* - PLS). Cette procédure d'estimation non paramétrique (Chin, 1998 ; Lohmöller, 1984) adaptée aux échantillons réduits n'impose pas des exigences distributionnelles aussi rigoureuses que l'estimation par le maximum de vraisemblance. Les procédures de rééchantillonnage (*bootstrapping* avec 5000 réplications) ont été utilisées pour estimer la significativité des paramètres du modèle.

Afin de mettre à jour les prédicteurs de la santé mentale au travail pour chacun des conjoints, différentes hypothèses seront successivement testées. Elles seront intégrées dans deux modèles distincts : 1/ le modèle 1 étudie l'impact des manifestations anxieuses, des manifestations dépressives et de la satisfaction de sa relation de couple sur le burnout (figure 41) ; 2/ le modèle 2 évalue l'influence des ressources personnelles, comme le détachement psychologique du travail et la satisfaction de sa relation de couple sur le BEPT d'une part et la satisfaction de vie d'autre part (figure 42). L'ensemble des hypothèses et des modèles est présenté ci-après.

Modèle 1 : RAS - Manifestations anxio-dépressives – Burnout (RAS-MAD-BO)

Ce modèle est sous-tendu par les hypothèses suivantes:

H 11a : Les manifestations anxieuses prédisent significativement le burnout.

H 11b: Les manifestations dépressives prédisent significativement le burnout.

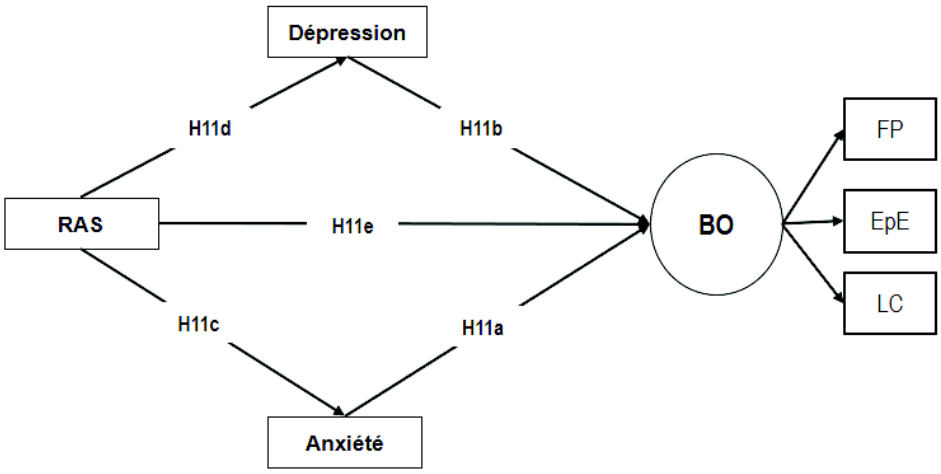
H 11c : La satisfaction de la relation de couple protège significativement des manifestations anxieuses.

H 11d : La satisfaction de la relation de couple protège significativement des manifestations dépressives.

H 11e : La satisfaction de la relation de couple protège significativement du burnout.

La figure 41 synthétise les hypothèses développées dans le modèle 1 RAS-MAD-BO.

Figure 41. Modèle 1 RAS-MAD-BO



Légende :

RAS : Satisfaction de sa relation de couple ; **Anxiété :**Manifestations anxieuses ; **Dépression :** Manifestations dépressives ; **BO:** Burnout ; **FP :** Fatigue Physique ; **EpE :** Epuisement Émotionnel ; **LC :** Lassitude Cognitive.

Modèle 2 : RAS – Détachement/travail– Satisfaction de vie - BEPT (RAS-DET-SV-BEPT)

Ce modèle est sous-tendu par les hypothèses suivantes:

H 12a : Le détachement psychologique du travail prédit significativement le BEPT.

H 12b : Le détachement psychologique du travail prédit significativement la satisfaction de vie.

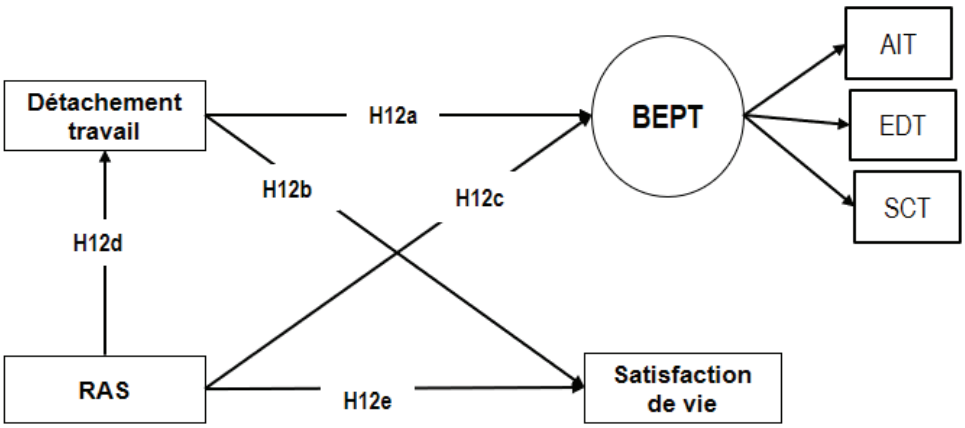
H 12c : La satisfaction de la relation de couple prédit significativement le BEPT.

H 12d : La satisfaction de la relation de couple prédit significativement le détachement psychologique du travail.

H 12e : La satisfaction de la relation de couple prédit significativement la satisfaction de vie.

La figure 42 synthétise les hypothèses développées dans le modèle 2 RAS-DET-SV-BEPT.

Figure 42. Modèle 2 RAS-DET-SV-BEPT



Légende :

RAS : Satisfaction de sa relation de couple ; **Détachement travail :** Détachement psychologique du travail ; **Satisfaction de vie :** Satisfaction de vie ; **BEPT :** Bien-être psychologique au travail **; AIT :** Adéquation Interpersonnelle au travail ; **EDT :** Épanouissement Dans le Travail ; **SCT :** Sentiment de Compétence au Travail.

Approche PLS

Comme évoqué dans le chapitre 4, partie 2, le modèle causal utilisé est spécifié et estimé par le biais des moindres carrés partiels (*Partial Least Square* - PLS). Cette procédure d'estimation non paramétrique (Chin, 1998 ; Lohmöller, 1984) adaptée aux échantillons réduits n'impose pas des exigences distributionnelles aussi rigoureuses que l'estimation par le maximum de vraisemblance. Les procédures de rééchantillonnage (bootstrapping avec 5000 réplications) ont été utilisées pour estimer la significativité des paramètres du modèle.

Analyses et interprétation des résultats

Les figures suivantes renseignent des facteurs prédictifs de chacune des variables indépendantes sur les variables dépendantes, ici respectivement le burnout et le BEPT (évalué avec les composantes AIT, EDT et SCT) pour chacun des groupes (FAPC, HSPC, FSPC, HSPC).

Modèle 1 - RAS - Manifestations anxio-dépressives – Burnout (RAS-MAD-BO) au sein des couples des deux groupes

Figure 43. RAS-MAD-BO au sein des FAPC

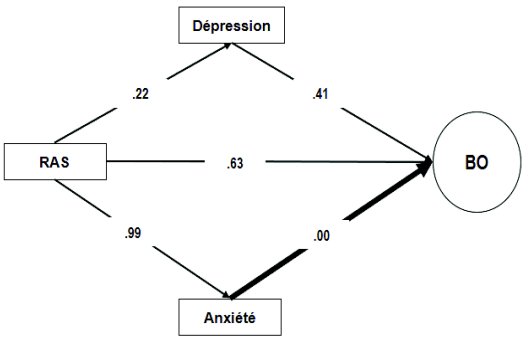


Figure 44. RAS-MAD-BO au sein des HAPC

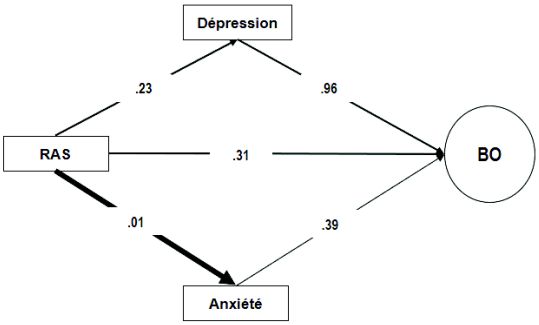


Figure 45. RAS-MAD-BO au sein des FSPC

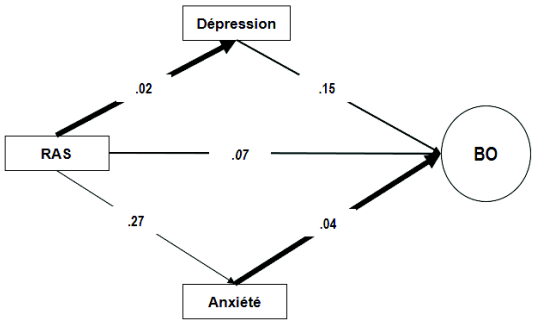
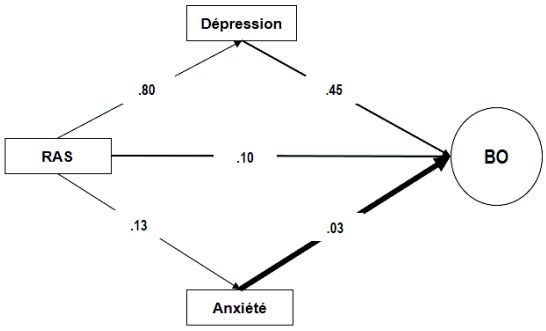


Figure 46. RAS-MAD-BO au sein des HSPC



Légende :

RAS : Satisfaction de sa relation de couple ; **Anxiété** :Manifestations anxieuses ; **Dépression** : Manifestations dépressives ; **BO:** Burnout ; **FP** : Fatigue Physique ; **EpE** : Epuisement Émotionnel ; **LC** : Lassitude Cognitive.

Dans le groupe clinique, seule l'hypothèse H11a a été validée chez les FAPC, révélant un effet prédictif de l'anxiété sur le burnout ($p < .001$). Cette observation est également retrouvée chez les FSPC et les HSPC. En revanche, chez les conjoints du groupe clinique, un effet prédicteur positif de la satisfaction de sa relation de couple sur ses propres manifestations anxieuses a été mis en évidence validant ainsi l'hypothèse H11c ($p < .01$). Ainsi, plus il se montre satisfait de sa relation de couple plus il présente des manifestations anxieuses. Chez les FSPC, la satisfaction de sa relation conjugale prédit négativement les manifestations dépressives validant l'hypothèse H11d ($p < .01$).

La satisfaction de sa relation de couple semble avoir une importance particulière chez les HAPC de cette étude.

L'ensemble de ces résultats, analysés par bootstrapping, est présenté dans le tableau 39 pour les couples APC et dans le tableau 40 pour les couples SPC.

Tableau 39. Estimation des paramètres du modèle 1 chez les couples du groupe clinique – analyses par bootstrap

Hypothèses	FAPC					HAPC				
	Échantillon initial	Échantillon boostraping	Erreur standard	t-value	p-value	Échantillon initial	Échantillon boostraping	Erreur standard	t-value	p-value
H11a Anx➡BO	**.71**	**.70**	**.18**	**3.84**	**.00**	.28	.26	.31	.88	.39
H11b Dep➡BO	-.23	-.23	.28	.83	.41	-.02	.02	.33	.05	.96
H11c RAS➡Anx	.01	-.03	.24	.01	.99	**.34**	**.34**	**.14**	**2.47**	**.01**
H11d RAS➡Dep	.22	.21	.18	1.24	.22	.17	.16	.17	1.01	.23
H11e RAS➡BO	.09	.09	.18	.48	.63	.27	.24	.23	1.20	.31

Tableau 40. Estimation des paramètres du modèle 1 chez les couples du groupe contrôle – analyses par bootstrap

Hypothèses	FSPC					HSPC				
	Échantillon initial	Échantillon boostraping	Erreur standard	t-value	p-value	Échantillon initial	Échantillon boostraping	Erreur standard	t-value	p-value
H11a Anx➡BO	**.26**	**.26**	**.13**	**2.06**	**.04**	**.29**	**.30**	**.14**	**2.13**	**.03**
H11b Dep➡BO	.20	.21	.14	1.44	.15	.11	.10	.15	.76	.45
H11c RAS➡Anx	-.13	-.21	.14	1.09	.27	.14	.14	.10	1.51	.13
H11d RAS➡Dep	**-.25**	**-.25**	**.11**	**2.32**	**.02**	.03	.03	.10	.25	.80
H11e RAS➡BO	.16	.17	.09	1.84	*.07*	-.13	-.13	.08	1.65	.10

Bo : Burnout ; **Dép :** Dépression ; **Anx :** Anxiété ; **RAS :** Satisfaction de sa relation de couple

Modèle 2 : RAS – Détachement/travail – Satisfaction de vie - BEPT (RAS-DET-SV-BEPT)

Figure 47. RAS-DET-SV-BEPTau sein des FAPC

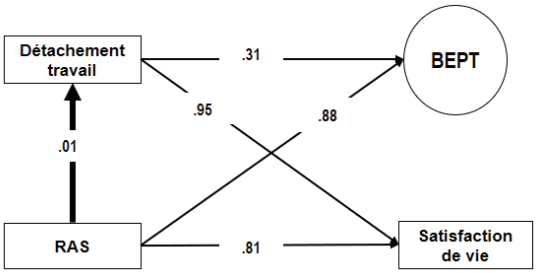


Figure 48. RAS-DET-SV-BEPTau sein des HAPC

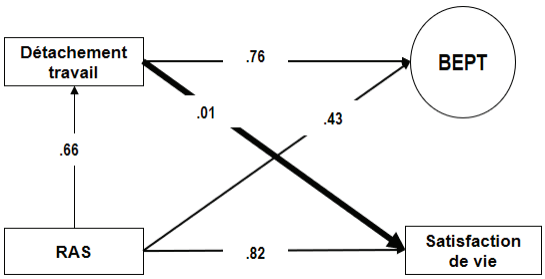


Figure 49. RAS-DET-SV-BEPTau sein des FSPC

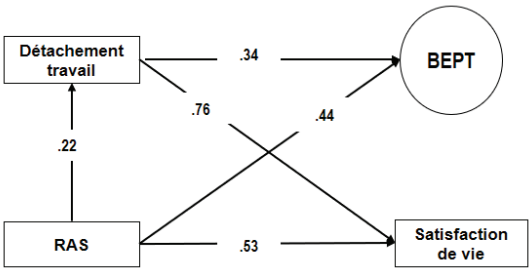
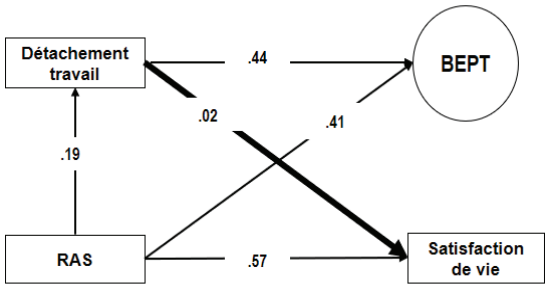


Figure 50. RAS-DET-SV-BEPTau sein des HSPC



Légende :

RAS : Satisfaction de sa relation de couple ; **Détachement travail :** Détachement psychologique du travail ; **Satisfaction de vie :** Satisfaction de vie ; **BEPT :** Bien-être psychologique au travail **;** **AIT :** Adéquation Interpersonnelle au travail ; **EDT :** Épanouissement Dans le Travail ; **SCT :** Sentiment de Compétence au Travail.

Les analyses ont montré que chez la FAPC, la satisfaction de sa relation de couple prédit le détachement psychologique du travail ($p < .01$). L'hypothèse H12d est donc validée. Ainsi, plus elles évaluent leur relation comme satisfaisante plus elles ont recours à ce processus de restauration. Chez les FSPC aucun effet n'a été mis en évidence. Qu'ils aient une compagne ayant un passé de cancer ou non, les hommes montrent des profils identiques : leur détachement psychologique du travail prédit leur satisfaction de vie (respectivement $p < .01$ pour les HAPC et $p < .02$ pour les HSPC). L'hypothèse H12b est donc validée pour chacun de ces deux groupes. Cette ressource relative au travail s'exprime davantage pour prédire une issue favorable générale plutôt qu'un indicateur rendant compte uniquement du domaine professionnel. L'ensemble de

ces résultats, analysés par bootstrapping, sont présentés dans le tableau 41 pour les couples APC et dans le tableau 42 pour les couples SPC.

Tableau 41. Estimation des paramètres du modèle 2 chez les couples du groupe clinique – analyses par bootstrap

Hypothèses	FAPC					HAPC				
	Échantillon initial	Échantillon boostraping	Erreur standard	t-value	p-value	Échantillon initial	Échantillon boostraping	Erreur standard	t-value	p-value
H12a Det➡BEPT	.31	.33	.30	1.02	.31	-.11	-.16	.36	.31	.76
H12b Det➡SV	.02	.04	.27	.07	.95	**.44**	**.42**	**.16**	**2.79**	**.01**
H12c RAS➡BEPT	-.06	-.06	.39	.15	.88	.30	.19	.36	.80	.43
H12d RAS➡Det	**.39**	**.38**	**.14**	**2.70**	**.01**	.10	.10	.22	.44	.66
H12e RAS➡SV	.08	.06	.32	.24	.81	-.06	-.02	.24	.23	.82

Tableau 42. Estimation des paramètres du modèle 2 chez les couples du groupe contrôle – analyses par bootstrap

Hypothèses	FSPC					HSPC				
	Échantillon initial	Échantillon boostraping	Erreur standard	t-value	p-value	Échantillon initial	Échantillon boostraping	Erreur standard	t-value	p-value
H12a Det➡BEPT	.34	-.01	.36	.95	.34	.16	.06	.21	.77	.44
H12b Det➡SV	.03	.03	.10	.31	.76	**.22**	**.22**	**.09**	**2.44**	**.02**
H12c RAS➡BEPT	-.14	-.09	.18	.76	.44	.12	.13	.15	.83	.41
H12d RAS➡Det	.12	.12	.10	1.23	.22	.13	.12	.10	1.31	.19
H12e RAS➡SV	.07	.07	.11	.63	.53	-.06	-.06	.11	.57	.57

BEPT : Bien-Etre Psychologique au Travail;**RAS** : Satisfaction de sa relation de couple ; **Det** : Détachement psychologique du travail ; **SV** : Satisfaction de vie

En résumé, quel que soit le modèle testé, les processus mobilisés par les conjoints au sein des couples du groupe clinique sont différents. Dans un premier temps, les manifestations anxieuses des FAPC prédisent leur burnout. Elles présentent un profil similaire aux FSPC et aux HSPC. En revanche, cet effet n'est pas observé chez les HAPC révélant un fonctionnement différent. De plus, la satisfaction de sa relation de couple ne semble pas avoir le même apport pour les conjoints du groupe clinique. Chez les FAPC, les résultats ont montré qu'elle impacte le détachement psychologique du travail. En revanche, les conjoints qui se montrent plus satisfaits de leur relation de couple vont manifester davantage d'anxiété. Là où elle semble être une ressource pour les FAPC, elle parait davantage être source de vulnérabilité chez les HAPC.

A contrario, dans la population contrôle, des effets des manifestations anxieuses de chaque conjoint semblent avoir un impact sur leur propre burnout. De plus, la satisfaction de sa relation de couple protègerait la FSPC d'une symptomatologie dépressive.

Analyses multi-groupes

Afin de voir si les différences mis en évidence par les modèles causaux sont significatives, nous avons eu recours à l'analyse multi-groupe menée avec la PLS-MGA (*Multi-Group Analysis*). L'objectif de l'analyse multi-groupe est de déterminer les coefficients du modèle pour chacun des groupes et pour chaque variable testée, puis de vérifier que les différences entre ces coefficients sont significatives. La valeur p représente la probabilité que les coefficients d'un groupe soient supérieurs aux coefficients de l'autre groupe (seuils d'acceptation pour une probabilité de risque $p < .05$).

Les résultats de cette analyse, présentés dans le tableau 43, révèlent des différences significatives entre les femmes avec et sans passé de cancer pour l'effet prédicteur de la satisfaction de sa relation de couple sur les manifestations dépressives. Ces analyses ne montrent aucune différence.

Tableau 43. Comparaison entre les deux groupes modèle 1 RAS-MAD-BO – analyses PLS-MGA

	FAPC vs HAPC		**FSPC vs HSPC**		**FAPC vs FSPC**		**HAPC vs HSPC**	
	Coefficients des chemins	**valeur-p**	**Coefficients des chemins**	**valeur-p**	**Coefficients des chemins**	**valeur-p**	**Coefficients des chemins**	**valeur-p**
H11a Anx➡BO	*.44*	*.09*	.03	.56	**.45**	**.02**	.02	.56
H11b Dep➡BO	.22	.69	.09	.68	.44	.90	.13	.68
H11c RAS➡Anx	.34	.90	.26	.10	.13	.30	.21	.10
H11d RAS➡Dep	.05	.41	.28	.22	**.47**	**.02**	.14	.22
H11e RAS➡BO	.19	.74	*.29*	*.05*	.08	.67	*.40*	*.05*

Tableau 44. Comparaison entre les deux groupes modèle 1 RAS-MAD-BO – analyses PLS-MGA

	FAPC vs HAPC		**FSPC vs HSPC**		**FAPC vs FSPC**		**HAPC vs HSPC**	
	Coefficients des chemins	**valeur-p**	**Coefficients des chemins**	**valeur-p**	**Coefficients des chemins**	**valeur-p**	**Coefficients des chemins**	**valeur-p**
H12a Det➡BEPT	.42	.20	.18	.36	.03	.54	.27	.36
H12b Det➡SV	.42	.91	.19	.92	.01	.52	.22	.91
H12c RAS➡BEPT	.35	.74	.26	.86	.08	.45	.16	.86
H12d RAS➡Det	.29	.13	.01	.51	*.27*	*.07*	.03	.51
H12e RAS➡SV	.13	.36	.13	.20	.01	.48	.01	.20

Bo : Burnout ; **Dép :** Dépression ; **Anx :** Anxiété ; **RAS :** Satisfaction de sa relation de couple ; **BEPT :** Bien-Etre Psychologique au Travail;**RAS :** Satisfaction de sa relation de couple ; **Det :** Détachement psychologique du travail ; **SV :** Satisfaction de vie

4. Discussion

L'objectif de cette étude était d'identifier si la satisfaction de sa relation conjugale peut protéger du burnout d'une part et influencer d'autre part le BEPT au sein des couples dont la femme a un passé de cancer du sein. Une approche comparative a permis de voir si les processus mis en évidence sont spécifiques aux couples avec passé de cancer.

Nos résultats ont mis en évidence qu'il n'existe aucune différence significative entre les partenaires de la population clinique pour les manifestations anxieuses et dépressives dans l'après-cancer. Les scores sont d'ailleurs en deçà des scores seuils définis par l'HADS. La littérature est assez contradictoire sur ce sujet. Ces résultats sont dans la lignée de certaines études comme celle de Mitchell et al. (2013). En revanche, les taux de prévalence pour les manifestations anxieuses et dépressives des conjoints des femmes ayant eu un cancer du sein sont supérieurs à ceux de leur partenaire confirmant entre autres les résultats mis en évidence dans certaines études (Keesing, Rosenwax et McNamara, 2016) . Ainsi, et ce même à distance de la maladie, les conjoints semblent toujours présenter une fragilité (Oktay, Bellin, Scarvalone, Appling et Helzlsouer, 2011 ; Schmid-Büchi, Halfens, Dassen et van den Borne, 2011). L'expérience partagée du cancer du sein peut créer des problèmes psychologiques persistants chez les conjoints longtemps après l'arrêt du traitement comme la culpabilité, le retrait émotionnel, l'anxiété, la dépression ou la difficulté à communiquer (Keesing et al., 2016). De plus, les conjoints ont tendance à demander moins d'aide que leur femme ce qui peut majorer leurs troubles (Dumitra et al., 2018).

Concernant la population contrôle, les analyses ont montré des résultats différents que ceux mis en évidence dans la population clinique. Ainsi, les femmes de ce groupe présentent des scores de manifestations anxieuses plus élevés que leur conjoint. Ces observations sont en accord avec la littérature qui souligne qu'il est communément constaté que les femmes déclarent plus d'anxiété que les hommes (McLean, Asnaani, Litz et Hofmann, 2011 ; Tetzner et Schuth, 2016).

Les analyses par boostraping ont révélé des processus différents entre les conjoints à la fois du groupe clinique et contrôle. Les manifestations anxieuses des

FAPC ont une influence sur leur score de burnout. Cette observation est également retrouvée dans le groupe contrôle. Par ailleurs, un effet de la satisfaction de la relation de couple sur les manifestations dépressives a été mis en évidence chez les FSPC. Cette observation est conforme à la littérature qui met en avant les effets bénéfiques d'une bonne satisfaction de sa relation de couple sur les manifestations dépressives (Cao, Zhou, Fang et Fine, 2017 ; Miller et al., 2013 ; Whisman et Baucom, 2012). En revanche, cette influence n'est pas retrouvée chez les HSPC. Comme nous l'avons vu, certaines études ont mis en évidence que les liens entre satisfaction conjugale et dépression sont plus élevés chez les femmes que chez leur conjoint (Beach, Katz, Kim et Brody, 2003 ; Fincham, Beach, Harold et Osborne, 1997). Cette observation est néanmoins à relativiser, car nos analyses multi-groupes n'ont pas montré de différences significatives entre les conjoints pour ce groupe.

La satisfaction de sa relation de couple ne semble pas avoir le même effet chez les conjoints du groupe clinique. Chez les HAPC, elle prédit leurs manifestations anxieuses, et ce positivement. Ainsi, chez les conjoints du groupe clinique, une plus haute satisfaction de leur relation de couple impliquera davantage une symptomatologie anxieuse dans l'après-cancer. De nombreux couples rapportent qu'ils sont plus proches depuis la maladie (Dorval et al., 2005 ; Keesing et al., 2016). Ce sentiment pourrait accroitre leurs manifestations anxieuses quant à l'incertitude de l'avenir et la crainte d'une potentielle récidive. Ils sont également préoccupés par le bien-être de leur partenaire soulignant l'importance que revêt, pour eux, leur relation (Mitchell et al., 2013). En revanche, la satisfaction de sa relation de couple semble être une ressource pour les FAPC de cette étude. En effet, elle impacte positivement leur détachement psychologique du travail.

Ces résultats ont permis de mettre en évidence une fragilité persistante chez les hommes dont la femme a un passé de cancer du sein. Certaines études ont pu montrer qu'ils peuvent signaler de nombreux besoins non satisfaits. De plus, ils indiquent ne pas savoir où trouver de l'aide afin de gérer les problèmes rencontrés dans cette période d'après cancer (Keesing et al., 2016). Il convient de prendre en considération le vécu du conjoint. Comme le souligne Segrestan-Crouzet (2010), il est essentiel d'appréhender le couple comme une unité sans oublier les spécificités de chaque membre. Il est néanmoins important de rappeler que le groupe clinique compte peu de participants. Ces résultats sont donc à nuancer.

5. Bibliographie succincte de l'étude

Adams, E., Boulton, M., Rose, P. W., Lund, S., Richardson, A., Wilson, S., & Watson, E. K. (2012). A qualitative study exploring the experience of the partners of cancer survivors and their views on the role of primary care. *Supportive Care in Cancer*, *20*(11), 2785‑2794. https://doi.org/10.1007/s00520-012-1400-4

Brandão, T., Pedro, J., Nunes, N., Martins, M. V., Costa, M. E., & Matos, P. M. (2017). Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, *26*(12), 2019‑2029. https://doi.org/10.1002/pon.4432

Cao, H., Zhou, N., Fang, X., & Fine, M. (2017). Marital well-being and depression in Chinese marriage: Going beyond satisfaction and ruling out critical confounders. *Journal of Family Psychology*, *31*(6), 775‑784. https://doi.org/10.1037/fam0000312

Erdogan, B., Bauer, T., Truxillo, D., & R. Mansfield, L. (2012). Whistle While You Work: A Review of the Life Satisfaction Literature. *Journal of Management*, *38*, 1038‑1083. https://doi.org/10.1177/0149206311429379

Segrestan-Crouzet, C. (2010). *Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein : rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade* (thèse de doctorat, Bordeaux 2. Récupéré sur le site : www.theses.fr/2010BOR21729.pdf

Étude 5[9]

La santé mentale au travail des femmes avec un passé de cancer du sein : approche dyadique, comparative et exploratoire

Dans ce chapitre seront respectivement présentées les analyses descriptives des composantes de la santé mentale au travail au sein des couples des groupes clinique et contrôle. Ces premières analyses seront suivies par des analyses comparatives concernant ces variables au sein des deux groupes. Pour terminer, des modèles causaux viseront à rendre compte des liens entre variables prédictrices (stresseurs ou ressources) et santé mentale au travail et des deux groupes.

[9]Saramago, M., Lemétayer, F. *La santé mentale au travail des femmes avec un passé de cancer du sein : approche dyadique, comparative et exploratoire* (article en préparation)

La santé mentale au travail des femmes avec un passé de cancer du sein: approches dyadique, comparative et exploratoire

1. Introduction

Dans le cadre du cancer et plus largement des maladies chroniques, la recherche s'est progressivement intéressée au vécu du conjoint et à l'influence que ce dernier peut avoir. Ainsi, les modèles en psychologie de la santé se sont d'abord centrés sur le patient pour évoluer vers des modèles systémiques ou dyadiques (Untas, Koleck, Rascle et Bruchon-Schweitzer, 2012). En effet, les proches sont également impactés par la maladie d'où la nécessité de prendre en considération leur vécu. Bodenmann (1995, 1997) a ainsi intégré la notion de dyade. Il a envisagé la gestion de stress comme un phénomène interactif entre les deux membres du couple, les signes de stress chez l'un engendrant des réactions chez l'autre.

Les études sur le vécu des proches confrontés à la maladie chronique ont montré qu'il est souvent semblable à celui des patients. En effet, ils éprouvent des difficultés à se projeter dans l'avenir, présentent une altération de leur qualité de vie et expriment des émotions négatives (Untas, Quintard, Koleck, Borteyrou et Azencot, 2009). Dans le cadre du cancer, les couples sont ainsi amenés à réagir en tant que « système émotionnel » et non en termes d'individus isolés (Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra et Coyne, 2008). Kim et al. (2008) ont étudié les effets acteurs et partenaires de la détresse sur la qualité de vie de chaque membre du couple dont un des membres a été diagnostiqué d'un cancer du sein ou de la prostate deux ans auparavant. Ils ont ainsi mis en évidence, à l'aide du modèle d'interdépendance acteur partenaire (APIM), que la détresse psychologique de chaque conjoint est le facteur prédictif le plus important de leur propre qualité de vie. De plus, la détresse de l'autre a également un impact sur sa propre qualité de vie (Kim et al., 2008). De la même façon, Dorros, Card, Segrin et Badger (2010) ont indiqué que leurs résultats ont révélé un modèle d'influence dans lequel l'interaction entre des niveaux élevés de dépression et des niveaux élevés de stress chez les femmes souffrant d'un cancer du sein étaient associés à une santé physique et un bien-être altéré chez leur conjoint. Parallèlement, il apparait clairement,

dans les recherches portant sur l'ajustement du couple face à un cancer, et aux traitements qui lui sont associés, que le conjoint a un rôle protecteur vis-à-vis de la détresse psychologique chez l'autre membre du couple concerné par le cancer (Hagedoorn et al., 2008 ; Untas et al. 2012). De plus, Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, Lipsanen et Hietanen (2012) ont montré des effets prédictifs faibles entre l'optimisme du conjoint et la santé mentale du patient soulignant l'influence positive des ressources du partenaire.

L'après-cancer est souvent une nouvelle étape dans le parcours de vie et présente des enjeux spécifiques (Kimmel et Séailles, 2014). Durant la période post thérapeutique, le couple doit faire face à de nouveaux défis. La littérature a montré que les conjoints peuvent ressentir des difficultés d'adaptation et particulièrement des manifestations anxieuses et dépressives. Par ailleurs, l'étude 4 a montré que les partenaires des femmes ayant souffert d'un cancer du sein présentaient le plus haut taux de prévalence concernant une symptomatologie dépressive sévère selon l'HADS.

Les études précédentes ont également montré que les manifestations anxieuses et dépressives peuvent avoir un impact sur le burnout chez la femme avec un passé de cancer. De plus, l'étude 2 a mis en évidence que l'optimisme et le sentiment d'efficacité personnelle influeraient sur le BEPT des femmes avec et sans passé de cancer. Parallèlement, d'après le modèle de conservation des ressources (Hobfoll, 1989), les ressources personnelles permettraient une diminution du burnout.

Cette brève introduction a mis en avant des influences réciproques dans l'ajustement des couples dont l'un des membres a été confronté à un cancer. À notre connaissance, aucune étude n'a cherché à étudier ces influences impactant la santé mentale au travail au sein des couples dont la femme a souffert d'un cancer du sein. La plus value de cette étude sera également de s'intéresser respectivement à la dimension positive et négative de la santé mentale.

L'objectif de cette étude est d'identifier si le conjoint représente une ressource pour la santé mentale au travail des femmes dans l'après-cancer à l'image de ce qui a été mis en avant dans la sphère familiale et pour l'ajustement à la maladie durant la phase des traitements.

Comme pour les études précédentes, nous avons décidé de rendre compte du BEPT en évaluant les composantes « sentiment de compétence au travail »,

« adéquation interpersonnelle au travail » et « épanouissement dans le travail » correspondant aux trois besoins fondamentaux de compétence, de relations avec les autres et d'autonomie de la théorie d'autodétermination de Deci et Ryan (1985, 2000, 2008).

Ce chapitre est sous-tendu par l'hypothèse générale suivante :

ÉTUDE 5 - HYPOTHESE GENERALE

Il existe une relation d'interdépendance entre les conjoints du groupe clinique concernant l'influence des manifestations anxieuses et dépressives ou des ressources personnelles sur la santé mentale au travail.

2. Méthode

2.1. Population

Vingt couples dont la femme a un passé de cancer du sein (groupe clinique) et 100 couples sans passé de cancer (groupe contrôle) ont participé à cette étude. Il s'agit de la même population que celle présentée dans l'étude 4.

2.2. Questionnaires

Les questionnaires utilisés dans cette étude sont respectivement : le *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM) (Shirom et Melamed, 2006 ; traduction française Sassi et Neveu, 2010), l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond et Snaith, 1983 ; traduction française Bocéréan et Dupret, 2014), l'échelle *de bien-être psychologique au travail* (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012), le *General Self-Efficacy Scale* (Schwarzer et Jerusalem, 1995 ; traduction française Dumont, Schwarzer

et Jerusalem, 2000) et le *Life Orientation Test-Revised* (Sheier, Carver et Bridges, 1994 ; traduction française Trottier, Mageau, Trudel et Halliwell, 2008).

L'ensemble de ces questionnaires est détaillé dans le chapitre 3, partie 2. Les indicateurs de fiabilité pour ces échelles ont été indiqués dans le chapitre 4 de la partie 2.

2.3. Analyses statistiques

Les analyses prédictives des variables susceptibles d'influer sur le burnout d'une part et sur les trois composantes du BEPT étudiées d'autre part, ont été réalisées par la méthode Partial Least Square (PLS), en utilisant le logiciel SmartPLS 3 (Ringle, Wende et Becker, 2015).

3. Résultats

3.1. Analyses descriptives et comparatives

Dispersions des scores

Pour rappel, dans l'étude 4, la dispersion des scores obtenus entre les femmes et les hommes a révélé qu'elle était moins homogène pour le groupe clinique que pour le groupe contrôle. Dans la présente étude, en plus des variables déjà étudiées dans l'étude 4, deux variables ont été intégrées aux analyses: l'optimisme et l'auto-efficacité. La dispersion des scores obtenus pour ces deux nouvelles variables insérées est représentée pour chacun des groupes dans les figures de 51 à 54.

Figure 51. Scores médians d'auto-efficacité- FAPC et HAPC

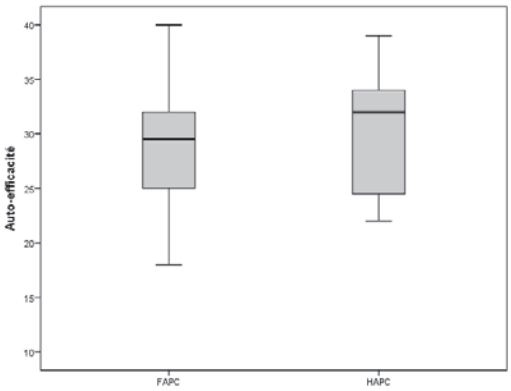


Figure 52. Scores médians d'optimisme - FAPC et HAPC

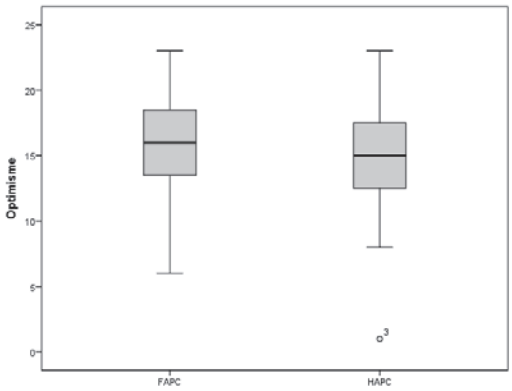


Figure 53. Scores médians d'auto-efficacité- FSPC et HSPC

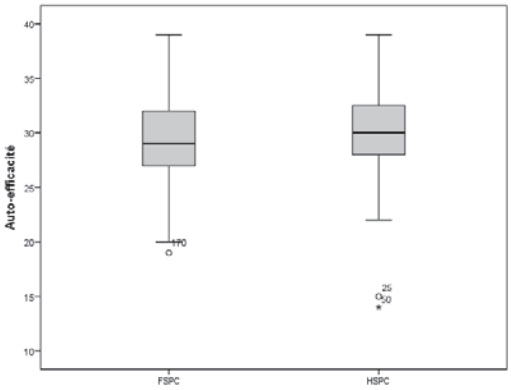
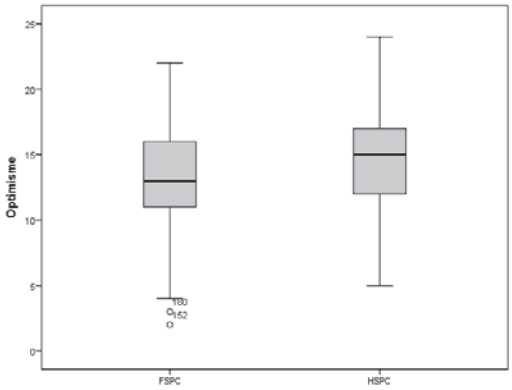


Figure 54. Scores médians d'optimisme - FSPC et HSPC



De manière générale, les scores sont assez homogènes entre les hommes et les femmes dans les deux groupes. Notons l'existence de quelques *outliers* dans le groupe contrôle (observations < au 25th percentile ou > au 75th percentile).

Analyses comparatives

Le tableau 43 fait état des analyses de comparaison de moyennes relatives aux manifestations anxio-dépressives, au burnout global et aux trois composantes retenues du BEPT telles qu'elles ont été effectuées au sein des groupes clinique et contrôle danse l'étude 4. La présente étude intègre l'ensemble de ces variables auxquelles ont été adjointes deux ressources personnelles : l'auto-efficacité et l'optimisme.

Tableau 45. U de Mann-Whitney (FAPC/HAPC et FSPC/HSPC)

	Groupe Clinique (n = 40)					**Groupe Contrôle (n = 200)**				
	FAPC		**HAPC**			**FSPC**		**HSPC**		
	M	σ	M	σ	U Mann-Whitney p valeur	M	σ	M	σ	U Mann-Whitney p valeur
1. Burnout global	3.39	1.16	2.83	.98	.12	3.08	.98	2.96	1.07	.36
2. Dépression	5.80	2.82	6.30	3.77	.88	6.38	3.40	6.30	3.06	.78
3. Anxiété	5.85	4.07	5.45	3.63	.78	**6.87**	**3.24**	**5.39**	**2.88**	**.001**
4. AIT	4.11	.66	3.80	.62	.13	3.88	.84	3.72	.89	.26
5. EDT	3.57	1.02	3.41	1.24	.84	3.46	1.27	3.61	1.05	.68
6. SCT	4.20	.76	4.31	.69	.64	4.13	.72	4.26	.66	.17
7. Auto-efficacité	29.15	5.24	30.15	5.18	.53	29.24	3.92	30.06	4.16	.09
8. Optimisme	15.45	4	14.80	5.13	.66	13.47	4.17	14.57	4.28	.07

* p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.01

AIT : Adéquation Interpersonnelle au travail **; EDT :** Épanouissement dans le travail **; SCT :** Sentiment de compétence au travail

Globalement, les résultats indiqués dans le tableau 45 révèlent que les conjoints des deux groupes ne montrent pas de différences significatives concernant les ressources personnelles (auto-efficacité et optimisme).

3.2. Analyses causales

Sur la base des résultats obtenus dans les sections précédentes, le modèle théorique développé dans cette partie propose que les manifestations anxio-dépressives ou les ressources prédisent la santé mentale au travail au sein des couples des deux groupes.

Approche PLS

Comme évoqué dans le chapitre 4, partie 2, le modèle causal utilisé est spécifié et estimé par le biais des moindres carrés partiels (*Partial Least Square* - PLS). Cette procédure d'estimation non paramétrique (Chin, 1998 ; Lohmöller, 1984) adaptée aux échantillons réduits n'impose pas des exigences distributionnelles aussi rigoureuses que l'estimation par le maximum de vraisemblance. Les procédures de rééchantillonnage (bootstrapping avec 5000 réplications) ont été utilisées pour estimer la significativité des paramètres du modèle.

Afin de mettre à jour les prédicteurs de la santé mentale au travail au sein des couples, différentes hypothèses seront successivement testées. Elles seront intégrées dans trois modèles distincts : 1/ le modèle 3 étudie l'impact des manifestations anxio-dépressives sur le burnout (figure 55) ; 2/ le modèle 4 évalue l'influence des ressources personnelles, comme l'optimisme et l'auto-efficacité, sur le BEPT (figure 56) ; et 3/ le modèle 5 examine l'effet prédictif des ressources sur le burnout (figure 57). L'ensemble des hypothèses et des modèles sont présentés ci-après.

Modèle 3 : Manifestations anxio-dépressives – Burnout (MAD-BO)

Ce modèle est sous-tendu par les hypothèses suivantes:

H 13a : Le burnout global de l'homme prédit significativement celui de la femme.

H 13b : Les MAD de la femme prédisent significativement le burnout global de l'homme.

H 13c : Les MAD de la femme prédisent significativement son propre burnout.

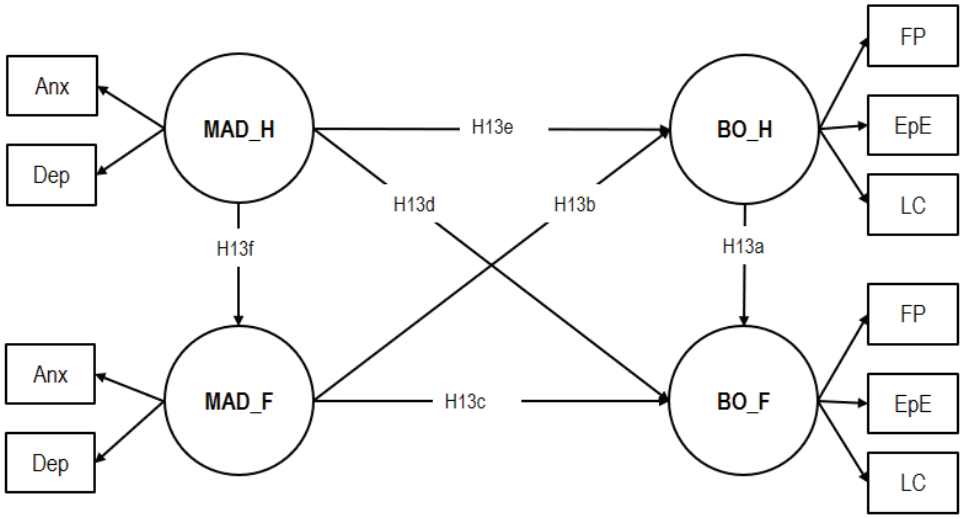
H 13d : Les MAD de l'homme prédisent significativement le burnout global de la femme.

H 13e : Les MAD de l'homme prédisent significativement son propre burnout global.

H 13f : Les MAD de l'homme prédisent significativement celles de sa partenaire.

La figure 55 synthétise les hypothèses développées dans le modèle 3 MAD-BO.

Figure 55. Modèle 3 MAD-BO



Légende :

MAD_H : Manifestations anxio-dépressives chez les hommes ; **MAD_F** : Manifestations anxio-dépressives chez les femmes ; **Anx** :Manifestations anxieuses ; **Dep** : Manifestations depressives ; **BO_H** : Burnout Homme ; **BO_F** : Burnout Femme ; **FP** : Fatigue Physique ; **EpE** : Epuisement Émotionnel ; **LC** : Lassitude Cognitive.

Modèle 4 : Ressources (optimisme et auto-efficacité) – BEPT (Res-BEPT)

Ce modèle teste les hypothèses suivantes:

H 14a : Le BEPT du conjoint prédit significativement celui de la femme.

H 14b : Les ressources de la femme prédisent significativement le BEPT du conjoint.

H 14c : Les ressources de la femme prédisent significativement son propre BEPT.

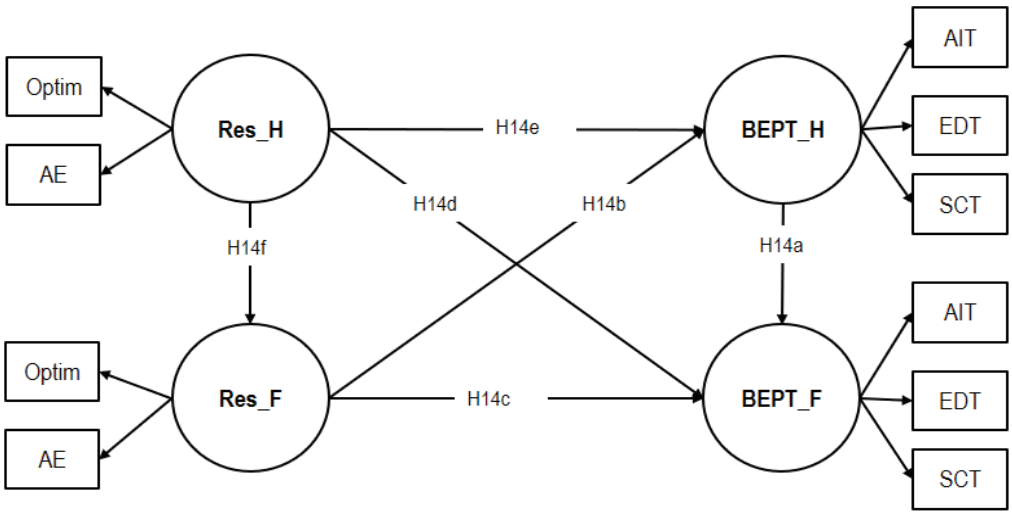
H 14d : Les ressources du conjoint prédisent significativement le BEPT de la femme.

H 14e : Les ressources du conjoint prédisent significativement son propre BEPT.

H 14f : Les ressources du conjoint prédisent significativement celles de sa partenaire.

La figure 56 synthétise les hypothèses développées dans le modèle 4 Res-BEPT.

Figure 56. Modèle 4 - Res-BEPT



Légende :

Res_H : Ressources personnelles Hommes ; **Res_F** : Ressources personnelles Femmes ; **Optim :** Optimisme ; **AE :** Auto-efficacité ; **BEPT_H :** Bien-être psychologique au travail Homme ; **BEPT_F :** Bien-être psychologique au travail Femme **; AIT :** Adéquation Interpersonnelle au travail ; **EDT :** Épanouissement Dans le Travail ; **SCT :** Sentiment de Compétence au Travail.

Modèle 5 : Ressources (optimisme et auto-efficacité) – Bunout (Res-BO)

Ce modèle met à l'épreuve les hypothèses suivantes:

H 13a : Le burnout global du conjoint prédit significativement celui de la femme.

H 15a : Les ressources du conjoint prédisent significativement le burnout de l'homme.

H 15b : Les ressources du conjoint prédisent significativement son propre burnout.

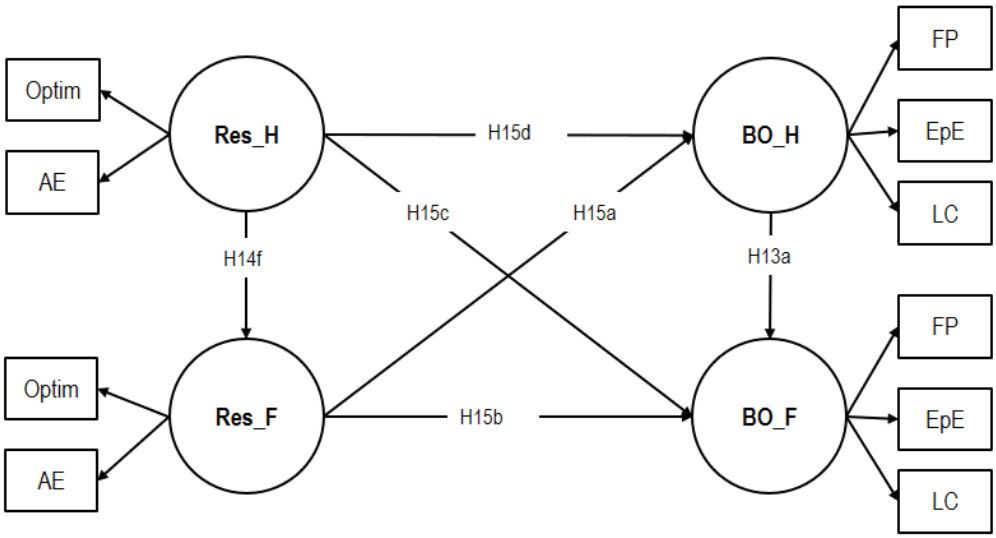
H 15c : Les ressources du conjoint prédisent significativement le burnout de la femme.

H 15d : Les ressources du conjoint prédisent significativement son propre burnout.

H 14f : Les ressources du conjoint prédisent significativement celles de sa partenaire.

La figure 57 synthétise les hypothèses développées dans le modèle 5 Res-BO.

Figure 57. Modèle 5 Res-BO



Légende :

Res_H : Ressources personnelles Hommes ; **Res_F** : Ressources personnelles Femmes ;**Optim :** Optimisme ; **AE :** Auto-efficacité ; **BO_H :** Burnout Homme ; **BO_F :** Burnout Femme ; **FP :** Fatigue Physique ; **EpE :** Epuisement Émotionnel ; **LC :** Lassitude Cognitive.

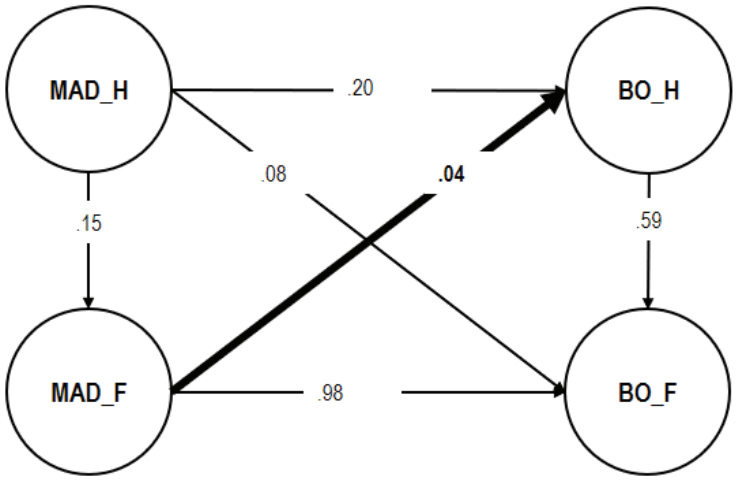
Nous avons choisi de ne pas étudier les effets des manifestations anxieuses et dépressives sur le BEPT, car nous n'avons pas trouvé d'études qui pourraient étayer et justifier ces hypothèses. Ce modèle nous semblait trop exploratoire au vu de la petite taille de notre groupe clinique.

Analyses et interprétation des résultats

Modèle 3

Les figures de 58 et 59 renseignent des effets prédicteurs des manifestations anxieuses et dépressives sur le burnout pour chacun des groupes.

Figure 58. Manifestations anxio-dépressives – Burnout (MAD-BO) au sein des couples APC



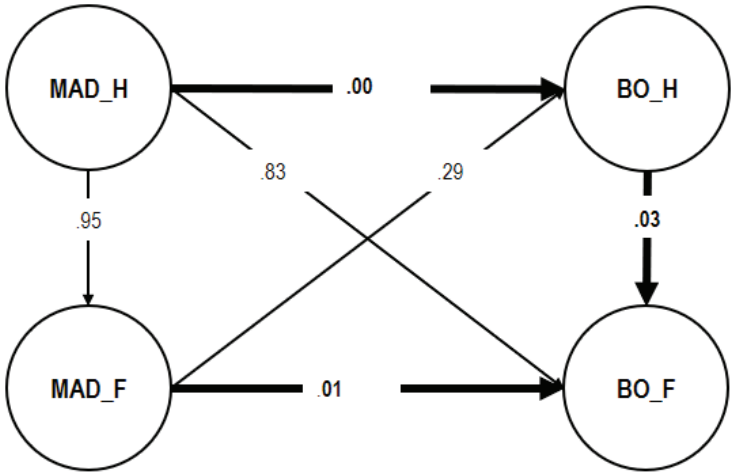
Légende :

MAD_H : Manifestations anxio-dépressives chez les hommes ; **MAD_F** : Manifestations anxio-dépressives chez les femmes ; **Anx** : Manifestations anxieuses ; **Dep** : Manifestations depressives ; **BO_H** : Burnout Homme ; **BO_F** : Burnout Femme

Les résultats montrent des différences entre nos deux groupes pour les trois modèles testés. Pour le groupe clinique, une seule hypothèse a été validée dans le modèle concernant le burnout : les manifestations anxio-dépressives des femmes ont un effet prédictif sur le burnout de leur conjoint ($p < .04$). L'hypothèse H13b est donc validée. Nous notons donc un effet partenaire. Ainsi l'état émotionnel des femmes du

groupe clinique semble toujours avoir un impact sur la santé émotionnelle au travail de leur partenaire et ce même dans l'après-cancer.

Figure 59. Manifestations anxio-dépressives – Burnout (MAD-BO) au sein des couples SPC



Légende :
MAD_H : Manifestations anxio-dépressives chez les hommes ; **MAD_F** : Manifestations anxio-dépressives chez les femmes ; **Anx** : Manifestations anxieuses ; **Dep** : Manifestations depressives ; **BO_H** : Burnout Homme ; **BO_F** : Burnout Femme

Pour le groupe contrôle, nous observons principalement des effets acteurs. En effet, les manifestations anxio-dépressives de chaque conjoint ont un impact sur leur propre burnout ($p < .01$). De plus, les analyses ont également mis en évidence un effet prédictif du burnout du conjoint sur celui de sa compagne ($p < .05$). Les hypothèses H13a, H13c et H13e sont validées.

L'ensemble de ces résultats, analysés par bootstrapping, est présenté dans le tableau 46.

Tableau 46. Estimation des paramètres du modèle 3 – analyses par bootstrap

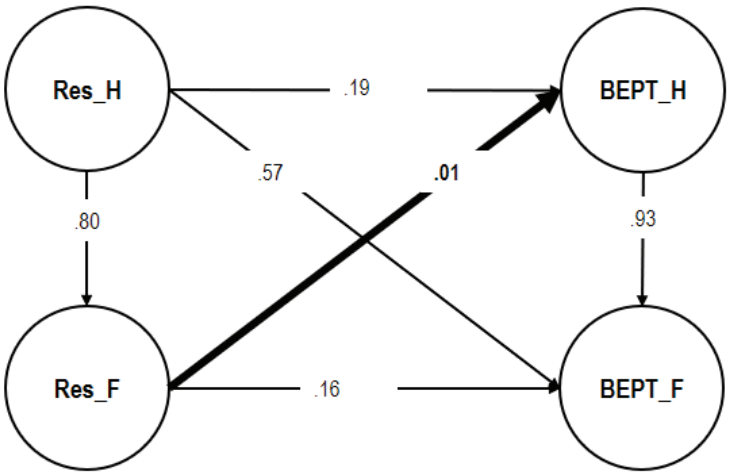
Hypothèses	APC					SPC				
	Échantillon initial	**Échantillon boostraping**	**Erreur standard**	**t-value**	**p-value**	**Échantillon initial**	**Échantillon boostraping**	**Erreur standard**	**t-value**	**p-value**
H13a BO_H➡BO_F	.22	.19	.41	.54	.59	**.30**	**.30**	**.14**	**2.19**	**.03**
H13b MAD_F➡BO_H	**.60**	**.57**	**.29**	**2.09**	**.04**	.12	.12	.11	1.06	.29
H13c MAD_F➡BO_F	-.01	.09	.42	.02	.98	**.30**	**.30**	**.11**	**2.83**	**.01**
H13d MAD_H➡BO_F	.67	.48	.38	1.75	.08	.02	.02	.11	.21	.83
H13e MAD_H➡BO_H	.32	.27	.26	1.27	.20	**.38**	**.39**	**.10**	**3.86**	**.00**
H13f MAD_H➡MAD_F	.39	.39	.27	1.45	.15	-.01	.01	.12	.06	.95

MAD_H : Manifestations anxio-dépressives chez les hommes ; **MAD_F** : Manifestations anxio-dépressives chez les femmes ; **Anx** :Manifestations anxieuses ; **Dep** : Manifestations depressives ; **BO_H** : Burnout Homme ; **BO_F** : Burnout Femme

Modèle 4

Concernant le second modèle testé, les ressources personnelles de la femme (auto-efficacité et optimisme) ont un effet prédictif sur le BEPT de l'homme (p< .01). Chez les couples du groupe contrôle, le profil est différent. Aucun effet prédictif n'est observé.

Figure 60. Ressources (optimisme et auto-efficacité) – BEPT (Res-BEPT) au sein des couples APC

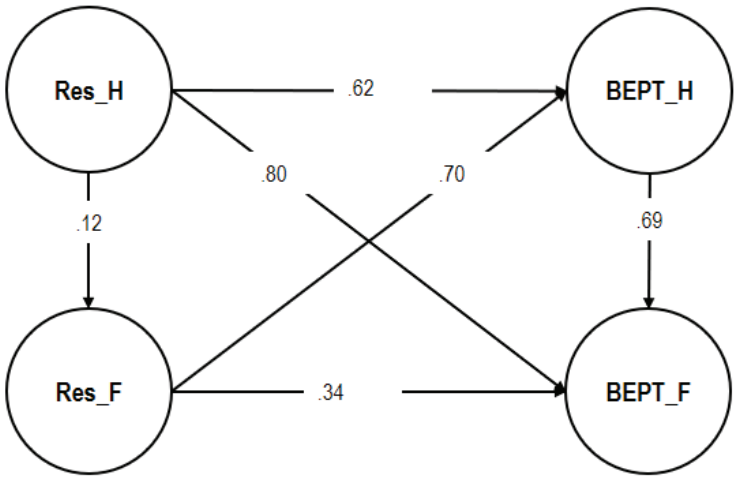


Légende :

Res_H : Ressources personnelles Hommes ; **Res_F** : Ressources personnelles Femmes ; **Optim :** Optimisme ; **AE :** Auto-efficacité ; **BEPT_H :** Bien-être psychologique au travail Homme ; **BEPT_F :** Bien-être psychologique au travail Femme

Concernant le modèle évaluant les ressources prédisant le BEPT, nous pouvons observer, à l'image du premier modèle testé, que les ressources personnelles des femmes ayant eu un cancer du sein prédisent significativement le BEPT de leur conjoint (p< .01). Cependant, ici, l'effet est significatif, mais négatif indiquant une relation inversée entre les ressources de la femme et le bien-être au travail de son conjoint. Ainsi, une compagne peu optimiste et se sentant peu efficace impliquera chez son partenaire une plus grande satisfaction de ses besoins fondamentaux au travail. Cette seule hypothèse H14b est validée. Nous n'observons aucun effet acteur dans le groupe clinique.

Figure 61. Ressources (optimisme et auto-efficacité) – BEPT (Res-BEPT) au sein des couples SPC



Légende :

Res_H : Ressources personnelles Hommes ; **Res_F** : Ressources personnelles Femmes ; **Optim :** Optimisme ; **AE :** Auto-efficacité ; **BEPT_H :** Bien-être psychologique au travail Homme ; **BEPT_F :** Bien-être psychologique au travail Femme

Le modèle testé ne montre aucun effet prédictif dans le groupe contrôle.

L'ensemble de ces résultats, analysés par bootstrapping, est présenté dans le tableau 47.

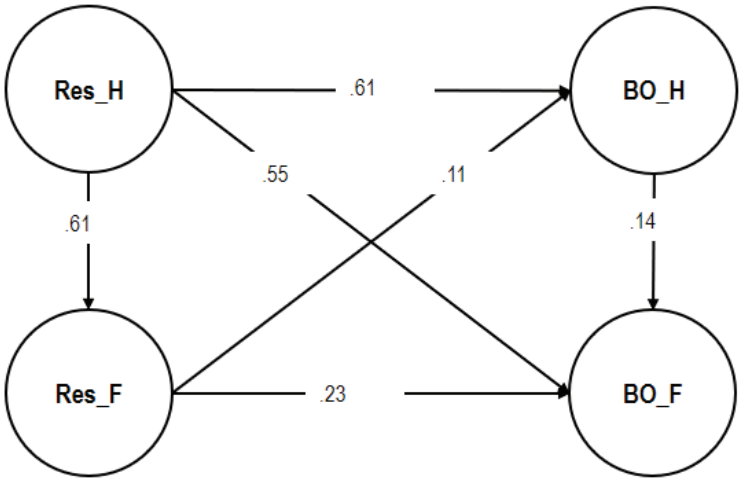
Tableau 47. Estimation des paramètres du modèle 4 – analyses par bootstrap

Hypothèses	APC					SPC				
	Échantillon initial	**Échantillon boostraping**	**Erreur standard**	**t-value**	**p-value**	**Échantillon initial**	**Échantillon boostraping**	**Erreur standard**	**t-value**	**p-value**
H14a BEPT_H➡BEPT_F	.04	.02	.42	.08	.93	.08	.05	.20	.39	.69
H14b Res_F➡BEPT_H	**-.56**	**-.57**	**.21**	**2.61**	**.01**	.08	-.01	.22	.38	.70
H14c Res_F➡BEPT_F	.59	.53	.42	1.42	.16	.22	.15	.23	.95	.34
H14d Res_H➡BEPT_F	.19	.16	.34	.57	.57	-.05	.02	.18	.26	.80
H14e Res_H➡BEPT_H	.32	.32	.24	1.31	.19	.09	.07	.18	.50	.62
H14f Res_H➡Res_F	.06	.07	.23	.26	.80	.21	.19	.13	1.57	.12

Res_H : Ressources personnelles Hommes ; **Res_F** : Ressources personnelles Femmes ; **Optim :** Optimisme ; **AE :** Auto-efficacité ; **BEPT_H :** Bien-être psychologique au travail Homme ; **BEPT_F :** Bien-être psychologique au travail Femme

Modèle 5

Figure 62. Ressources (optimisme et auto-efficacité) – Burnout (Res-BO) au sein des couples APC

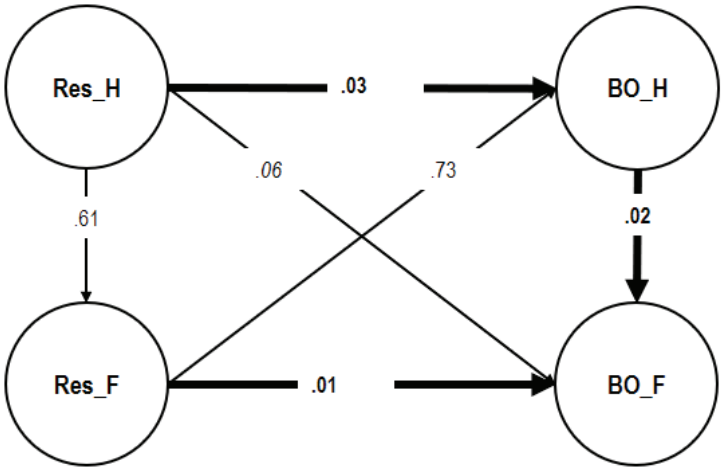


Légende :

Res_H : Ressources personnelles Hommes ; **Res_F** : Ressources personnelles Femmes ;**Optim :** Optimisme ; **AE :** Auto-efficacité ; **BO_H :** Burnout Homme ; **BO_F :** Burnout Femme

Le modèle 5 ne montre aucun effet prédictif direct ou partenaire des ressources sur le burnout chez les couples du groupe clinique.

Figure 63. Ressources (optimisme et auto-efficacité) – Bunout (Res-BO) au sein des couples SPC



Légende :

Res_H : Ressources personnelles Hommes ; **Res_F** : Ressources personnelles Femmes ;**Optim :** Optimisme ; **AE :** Auto-efficacité ; **BO_H :** Burnout Homme ; **BO_F :** Burnout Femme

Les résultats sont différents au sein du groupe contrôle. Dans ce groupe, seuls des effets acteurs des ressources individuelles de chacun des partenaires sur leur propre burnoutont été observés. De plus, comme nous l'avons vu dans le modèle 3, le burnout du conjoint prédit celui de sa compagne. Ce modèle valide les hypothèses H13a, H15b et H15d pour ce groupe.

L'ensemble de ces résultats, analysés par bootstrapping, est présenté dans le tableau 48.

Tableau 48. Estimation des paramètres du modèle 5 – analyses par bootstrap

Hypothèses	APC					SPC				
	Échantillon initial	**Échantillon boostraping**	**Erreur standard**	**t-value**	**p-value**	**Échantillon initial**	**Échantillon boostraping**	**Erreur standard**	**t-value**	**p-value**
H13a BO_H➡BO_F	.87	.49	.59	1.47	.14	**.35**	**.35**	**.15**	**2.39**	**.02**
H15a Res_F➡BO_H	-.54	-.46	.34	1.61	.11	.05	.05	.16	.35	.73
H15b Res_F➡BO_F	.59	.19	.50	1.20	.23	**-.31**	**-.33**	**.11**	**2.80**	**.01**
H15c Res_H➡BO_F	-.23	.11	.38	.59	.55	.22	.23	.12	1.89	.06
H15d Res_H➡BO_H	-.12	-.08	.24	.50	.61	**-.28**	**-.29**	**.13**	**2.17**	**.03**
H14f Res_H➡Res_F	.06	.09	.24	.50	.61	.20	.20	.11	1.87	.06

Res_H : Ressources personnelles Hommes ; **Res_F** : Ressources personnelles Femmes ;**Optim :** Optimisme ; **AE :** Auto-efficacité ; **BO_H :** Burnout Homme ; **BO_F :** Burnout Femme

En résumé, quel que soit le modèle testé nous observons que les processus qui sont mobilisés au sein des couples ayant un passé de cancer ou ceux n'ayant pas ce vécu sont différents. Dans le groupe clinique, que ce soit pour le modèle concernant les stresseurs et le burnout ou celui sur les ressources et du BEPT, les manifestations anxio-dépressives de la femme ayant eu un cancer du sein ou ses ressources personnelles semblent avoir un impact sur la santé mentale de son conjoint. Cependant, l'effet négatif des ressources personnelles de la femme sur le BEPT de son partenaire nous questionne. Aucun effet acteur ni d'effet du conjoint sur sa compagne n'est mis en évidence dans ces modèles. De plus, ses ressources personnelles ou celui de son/sa partenaire ne semblent pas avoir d'effets sur le burnout global.

A contrario, dans la population contrôle, des effets des manifestations anxio-dépressives de chaque conjoint semblent avoir un impact sur leur propre burnout. De plus, il semblerait que seul le burnout du conjoint ait un effet sur celui de sa femme alors que ce n'est pas le cas dans la population clinique. Parallèlement, des effets de ses ressources personnelles sur son propre burnout sont également mis en avant. Aucun effet significatif n'a été retrouvé dans le modèle 2 testé dans cette étude.

Analyses multi-groupes

Selon les hypothèses de cette étude, nous nous attendions plus particulièrement à ce que les effets partenaires des manifestations anxio-dépressives se distinguent significativement entre deux groupes.

Dans cette perspective, nous avons eu recours à l'analyse multi-groupe menée avec la PLS-MGA (Multi-Group Analysis). L'objectif de l'analyse multi-groupe est de déterminer les coefficients du modèle pour chacun des groupes et pour chaque variable testée, puis de vérifier que les différences entre ces coefficients sont significatives. La valeur *p* représente la probabilité que les coefficients d'un groupe soient supérieurs aux coefficients de l'autre groupe (seuils d'acceptation pour une probabilité de risque p< .05).

Ces résultats ont montré que, contrairement à nos attentes, il n'existe pas de différences significatives entre les groupes pour les trois modèles testés (tableaux 49, 50 et 51).

Tableau 49. Comparaison entre les deux groupes modèle 3 – analyses PLS-MGA

	Coefficients des chemins - (| APC - SPC |)	**valeur-p (APC vs SPC)**
H13aBO_H➡BO_F	.08	.60
H13b MAD_F➡BO_H	.48	*.06*
H13c MAD_F➡BO_F	.21	.75
H13d MAD_H➡BO_F	.66	*.06*
H13e MAD_H➡BO_H	.18	.15
H13f MAD_H➡MAD_F	.40	.10

MAD_H : Manifestations anxio-dépressives chez les hommes ; **MAD_F** : Manifestations anxio-dépressives chez les femmes ; **Anx :** Manifestations anxieuses ; **Dep :** Manifestations depressives ; **BO_H :** Burnout Homme ; **BO_F :** Burnout Femme

Tableau 50. Comparaison entre les deux groupes modèle 4 – analyses PLS-MGA

	Coefficients des chemins - (| APC - SPC |)	**valeur-p (APC vs SPC)**
H14aBEPTH➡BEPTF	.04	.70
H14bResF➡BEPTH	.64	.98
H14cResF➡BEPTF	.04	.16
H14dResH➡BEPTF	.24	.23
H14eResH➡BEPTH	.23	.21
H14fResH➡ResF	.15	.70

Res_H : Ressources personnelles Hommes ; **Res_F** : Ressources personnelles Femmes ; **Optim :** Optimisme ; **AE :** Auto-efficacité ; **BEPT_H :** Bien-être psychologique au travail Homme ; **BEPT_F :** Bien-être psychologique au travail Femme

Tableau 51. Comparaison entre les deux groupes modèle 5 – analyses PLS-MGA

	Coefficients des chemins - (| APC - SPC |)	**valeur-p (APC vs SPC)**
H13aBOH➡BOF	.14	.68
H15aResF➡BOH	.60	.93
H15bResF➡BOF	.90	*.05*
H15cResH➡BOF	.45	.83
H15dResH➡BOH	.16	.28
H14fResH➡ResF	.14	.68

Res_H : Ressources personnelles Hommes ; **Res_F** : Ressources personnelles Femmes ;**Optim :** Optimisme ; **AE :** Auto-efficacité ; **BO_H :** Burnout Homme ; **BO_F :** Burnout Femme

4. Discussion

Cette étude poursuivait un triple objectif. Le premier objectif de cette étude visait à identifier les effets acteurs et partenaires des manifestations anxieuses et dépressives sur le burnout. Un deuxième objectif a cherché à rendre compte des effets des ressources personnelles (optimisme et auto-efficacité) sur le BEPT. Enfin, le troisième et dernier objectif de cette étude était ici d'examiner les effets des ressources personnelles sur le burnout. L'ensemble de ces analyses a été mené au sein des couples des deux groupes (clinique et contrôle).

Les analyses par boostraping ont montré des différences entre le groupe clinique et le groupe contrôle soulignant que les processus mobilisés dans la santé mentale au travail ne sont pas les mêmes. Cependant, ces différences ne sont pas significatives en fonction des groupes et sont donc à relativiser. Ainsi, dans le groupe clinique, les

manifestations anxieuses et dépressives de la femme ont un impact sur le burnout global de leur conjoint, et ce même dans l'après-cancer. Cependant, et contrairement à ce que nous attendions, aucune influence du conjoint n'est notable sur le burnout de sa compagne. Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux de Segrin et al. (2007) qui ont montré que l'anxiété ressentie par ces femmes était associée à celle de leur partenaire montrant de véritables influences sur leur conjoint, induites par ce construit. Ces auteurs soulignent que, beaucoup d'entre elles, sont confrontées à l'incertitude quant à l'avenir et à l'inquiétude d'une potentielle récidive ce qui peut contribuer à des niveaux d'anxiété élevés. De plus, dans l'après-cancer, les femmes vont tenter de concilier travail, santé et famille (Chassaing et Waser, 2010) alors que les hommes vont souvent se centrer sur le bien-être de leur partenaire et la façon dont ils peuvent les aider (Mitchell et al., 2013). Certains conjoints rapportent une série de difficultés. Ils reconnaissent et comprennent les nombreux changements affectant leur partenaire et essaient de ne pas réagir négativement à la situation. Souvent ils gèrent ces difficultés en négligeant leurs propres besoins émotionnels et en acceptant que l'expérience du cancer du sein continue d'influencer leur vie sur le long terme même longtemps après l'arrêt des traitements (Keesing et al., 2016). Les ressources personnelles de la femme (auto-efficacité et optimisme) ont un impact significatif et négatif sur les trois composantes du BEPT renvoyant aux besoins fondamentaux de Deci et Ryan (1985, 2000, 2008). Cette relation négative parait étonnante. Il pourrait être envisagé que moins la femme ayant un passé de cancer se montre optimisme et se perçoit comme efficace dans la vie en général plus son partenaire satisfera ses besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation au travail. Le conjoint, qui est particulièrement attentif au bien-être de sa compagne, va chercher à compenser son inquiétude dans son travail en satisfaisant dans cette sphère ses besoins fondamentaux. Wu (2009) a ainsi suggéré qu'une des façons de maintenir les niveaux de satisfaction serait de diminuer l'importance des domaines où ils font défaut.

A contrario, dans le groupe contrôle, seuls des effets directs des manifestations anxieuses et dépressives de chaque conjoint impactent leur propre burnout. Parallèlement, dans ce même groupe, le burnout du conjoint prédit celui de sa compagne. Ce résultat concorde avec le fait que les femmes semblent plus sensibles à

leur famille et plus perméables aux difficultés au travail de leur conjoint (Park et Fritz, 2015).

Dans le groupe clinique, le fait d'avoir dû intégrer la maladie à son parcours de vie induit des processus spécifiques qui perdurent dans l'après-cancer. Cette étude a permis de montrer que les hommes sont plus impactés par les variables psychosociales de leur femme que la réciproque. De plus, le fait que les conjoints aient accepté de participer à cette étude avec elles, témoigne de leur implication à leurs côtés (Segrestan-Crouzet, 2010). Les résultats de cette étude ne sont donc pas complètement généralisables et attestent d'observations issues d'un échantillon particulier.

5. Bibliographie succincte de l'étude

Dorros, S. M., Card, N. A., Segrin, C., & Badger, T. A. (2010). Interdependence in Women with Breast Cancer and their Partners: An Inter-Individual Model of Distress. *Journal of consulting and clinical psychology*, *78*(1), 121‑125. https://doi.org/10.1037/a0017724

Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, *134*(1), 1‑30. https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.1

Harrow, A., Wells, M., Barbour, R. S., & Cable, S. (2008). Ambiguity and uncertainty: The ongoing concerns of male partners of women treated for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, *12*(4), 349-356. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.04.009

Segrin, C., Badger, T., Dorros, S. M., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology*, *16*(7), 634‑643. https://doi.org/10.1002/pon.1111

En résumé, le chapitre 7 s'est intéressé à la santé mentale au travail des couples dont la femme a un passé de cancer du sein en ayant recours à une approche dyadique et comparative.

L'étude 4 visait à montrer que la satisfaction de la relation de couple pouvait être perçue comme une ressource pour la santé mentale au travail de chacun des conjoints des groupes cliniques et contrôle. Les résultats ont montré que les processus mobilisés au sein du groupe des FAPC et des HAPC sont différents. La satisfaction de la relation de couple est perçue comme une ressource par les femmes de ce groupe alors qu'elle constitue une fragilité pour leur conjoint. En effet, cette variable va impacter les manifestations anxio-dépressives chez les HAPC alors qu'elle est prédictrice du détachement psychologique du travail chez leur compagne. A contrario, dans le groupe contrôle, seuls des effets directs des manifestations anxieuses sur le burnout est observé. De plus, la satisfaction de sa relation de couple protègerait la FSPC d'une symptomatologie dépressive.

L'étude 5, exploratoire, a montré que, quel que soit le modèle testé, là encore, les processus mobilisés au sein des couples des groupes clinique et contrôle sont différents. Dans le groupe clinique, les manifestations anxio-dépressives ou les ressources personnelles de la FAPC semblent avoir un impact sur la santé mentale de son conjoint. A contrario, les caractéristiques de son compagnon ne semblent avoir aucun impact sur sa santé mentale au travail de sa compagne. Notons qu'aucun effet acteur n'a été mis en évidence dans les différents modèles. Dans la population contrôle, en revanche, des effets acteurs des ressources et des manifestations anxio-dépressives de chacun des conjoints sur leur burnout sont observés. De plus, il semblerait que seul le burnout du conjoint ait un effet sur celui de sa femme alors que ce n'est pas le cas dans la population clinique.

Ce chapitre a montré que dans la population clinique de ce travail de thèse, le conjoint est particulièrement sensible à sa compagne induisant une augmentation de sa détresse et une altération de sa santé mentale au travail.

Partie 4

Chapitre 8. Discussion

Chapitre 8

Discussion

1. Discussion des résultats principaux
2. Apports et limites de ce travail de thèse
3. Perspectives

1. Discussion des principaux résultats

Ce travail de thèse s'est intéressé à la santé mentale des femmes ayant eu un cancer du sein en évaluant à la fois les aspects négatifs avec le burnout et les facteurs positifs avec le BEPT. Le cancer est une maladie qui bouleverse la vie de la personne touchée à plusieurs niveaux (familial, social, professionnel). Le travail occupe une grande place pour les individus et apparait comme un déterminant majeur de leurs conditions de vie, mais aussi de leur qualité de vie. Il confère également une position sociale et est synonyme d'un « retour à la vie normale » pour les anciens patients, mais aussi pour leur entourage. Grâce aux progrès thérapeutiques, de plus en plus de femmes seront amenées à reprendre une activité professionnelle et à travailler encore de nombreuses années après cette étape de la maladie et des traitements. Ces considérations nous ont donc amenés à nous poser la question de la santé mentale au travail chez ces femmes dont le diagnostic s'est révélé éloigné pour certaines d'entre elles.

Cette réflexion a conduit à l'élaboration de deux chapitres comprenant respectivement trois études pour le premier et deux pour le second. L'objectif était donc double. Tout d'abord, il s'agissait de mettre à jour les facteurs influençant la santé mentale au travail de ces femmes. Afin de déterminer si les processus mis en jeu sont spécifiques à ce groupe, nous avons eu recours à une approche comparative. La première étude a ainsi tenté de rendre compte de l'influence des stresseurs relatifs à la vie professionnelle (charge de travail et conflit VPvp) et des manifestations anxieuses et dépressives sur le burnout et ses dimensions chez la FAPC. La seconde étude a exploré le versant positif de la santé mentale au travail et a cherché à mettre à jour les ressources personnelles et relatives au travail promouvant le BEPT. Enfin, la dernière étude a permis de s'intéresser à l'effet médiateur de trois des dimensions du BEPT dans la relation entre un stresseur spécifique (la charge de travail) et le burnout.

Dans un second temps, nous souhaitions adopter une perspective systémique et intégrer le couple à nos recherches. Le second objectif concernait donc la santé mentale au travail des couples dont la femme a un passé de cancer du sein et notamment l'influence que peut avoir sa relation à l'autre et les caractéristiques du conjoint. Ainsi, la quatrième étude a cherché à mettre à jour si la satisfaction de sa relation de couple pouvait représenter une ressource chez chaque membre de la dyade. Pour finir, dans la

cinquième étude nous avons cherché à mettre à jour les influences réciproques à la fois des ressources et des manifestations anxieuses et dépressives respectivement sur le BEPT et le burnout.

Dans la partie 4 de ce travail de thèse, nous allons revenir, tout d'abord, sur les principaux résultats obtenus. Puis nous nous intéresserons aux apports et aux limites de ce travail. Pour terminer, nous présenterons les perspectives de recherches.

1.1. Chapitre 6: La santé mentale au travail des FAPC

Étude 1 : Facteurs de vulnérabilités et burnout

Synthèse des résultats

L'objectif de cette première étude visait à mettre à jour les facteurs de vulnérabilités pouvant conduire au burnout chez les femmes avec un passé de cancer du sein en ayant recours à une approche comparative avec un groupe contrôle. L'échantillon de cette étude était composé de 88 FAPC et de 100 FSPC. Toutes ont répondu à des questionnaires évaluant le burnout, ainsi que des variables susceptibles d'être impliquées dans le burnout, comme la charge de travail, le conflit VPvp et les manifestations anxio-dépressives. De manière générale, les analyses comparatives de cette étude ont montré que les FAPC montrent des scores significativement plus élevés de burnout et plus particulièrement pour les dimensions épuisement émotionnel et lassitude cognitive, comparativement aux FSPC. Les régressions hiérarchiques ont également montré que dans le groupe des FAPC le conflit VPvp, l'anxiété, ainsi que l'interaction de ces deux facteurs prédisent le burnout et plus particulièrement deux de ses dimensions la fatigue physique d'une part et la lassitude cognitive d'autre part. Si l'anxiété a un effet prédicteur du burnout dans le groupe des FSPC, aucun effet d'interaction n'a en revanche été mis en avant. Conformément aux attentes, les FAPC expriment une difficulté à gérer un conflit VPvp susceptible d'induire un burnout. Par contre, et contrairement aux attentes, la charge de travail n'est pas prédictive du burnout dans les deux groupes. Par ailleurs, cette première étude a identifié un effet modérateur de l'anxiété sur le lien entre burnout (variable dépendante), et plus particulièrement pour deux de ses dimensions, fatigue physique et lassitude cognitive, et le conflit VPvp (variable indépendante) uniquement dans le groupe des FAPC. Aucun effet modérateur n'a en revanche été observé dans le groupe des FSPC. En somme, le conflit VPvp et l'anxiété permettent de prédire le burnout, et plus particulièrement la fatigue physique et la lassitude cognitive, chez les FAPC.

Considérations théoriques et cliniques

Selon la théorie des besoins de Maslow (1943), le travail fait partie des besoins primaires de tout individu. Le fait de travailler répond à diverses fonctions dont celles de subvenir au quotidien, mais aussi celles de structurer et d'organiser sa vie, créer des liens sociaux, ainsi que de se réaliser, s'épanouir et participer à une construction identitaire (de Blasi et al., 2011). Récemment, Kenrick, Griskevicius, Neuberg et Schaller (2010) ont révisé la pyramide des besoins, en intégrant aux quatre premiers niveaux de la vie familiale de Maslow, trois nouveaux niveaux aussi fondamentaux que le travail. Ainsi, l'acquisition d'un partenaire, le fait de le garder et la parentalité complètent les besoins physiologiques, d'appartenance, de sécurité et d'estime. Il apparait clair, par conséquent, que ces besoins primaires se chevauchent et coexistent avec sans doute des objectifs à atteindre élevés pour chacun d'eux. Ces objectifs ne sont pas forcément conscients, mais sont inhérents à l'individu. En ce sens, le travail semble répondre à plusieurs besoins pour l'individu (comme celui d'indépendance, de sécurité, d'estime ou d'appartenance), au même titre que la famille qui comble les trois besoins ajoutés par Kenrick et al. (2010).

Pour certains auteurs, avoir un équilibre entre sa vie professionnelle et familiale relèverait d'une préoccupation davantage féminine (Beja, 2012 ; McElwain, Korabik et Rosin, 2005), susceptible cependant de devenir conflictuel en raison de la persistance des *a priori* concernant les rôles sociaux attribués à la femme (Belghiti-Mahut, 2015). Ce conflit entre les responsabilités professionnelles et familiales témoigne d'une « incompatibilité mutuelle entre les demandes du rôle professionnel et celles du rôle familial » (Grant-Vallone et Ensher, 2001). Il illustre une interférence du travail sur la famille. Si la personne ne parvient pas à « jongler » entre les demandes du travail et de la famille, l'épuisement professionnel apparait (Hobfoll, 2001).

Les résultats obtenus dans cette première étude montrent que le risque de conflit VPvp semble accru chez les femmes après un cancer du sein faisant notamment écho aux travaux de recherche de van Egmond et al., (2017). En effet, pour ces auteurs, les femmes avec cancer peinent souvent à trouver suffisamment d'énergie pour concilier simultanément les tâches du quotidien telles que les tâches ménagères et le travail. Une modification des priorités de vie et un réajustement de ses buts sont souvent observés (Guittard, 2014 ; Lee et al., 2017).

Par ailleurs, le lien établi entre l'anxiété et le conflit VPvp semble indiquer que les FAPC de cette étude ont des difficultés à gérer leurs objectifs en termes de priorités, entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Comparativement aux femmes du groupe contrôle, les FAPC pourraient exprimer un niveau aussi élevé d'importance et d'exigence pour ces deux sphères de leur vie, susceptibles cependant de conduire à un mal-être lorsque ces objectifs (ou l'un d'eux) ne peuvent être atteints. À cet égard, l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie – Travail (ISQV-T) (Dupuis, Taillefer, Etienne et al., 2000) pourrait se révéler utile pour rendre compte du conflit VPvp chez les FAPC. Cet instrument permet en effet de mesurer l'écart entre la situation actuelle des salariés et leurs buts personnels, pour chacun des domaines de vie évalués, en se référant chaque fois à une situation idéale. Cet écart est ensuite pondéré par l'importance donnée à chaque domaine de vie et par la situation dynamique de rapprochement ou d'éloignement par rapport aux buts. Le modèle théorique sous-jacent à l'ISQV-T est celui proposé par Dupuis et al. (2000). Ce modèle se propose d'expliquer les raisons du mal-être ou du bien-être de l'individu concrètement engagé dans la réalisation de ses buts de vie. Ce mal-être ou ce bien-être dépend essentiellement de la comparaison entre une situation actuelle et une situation désirée. Ainsi, lorsqu'il n'existe pas d'écart entre ces deux situations, cela signifie que la personne vit la vie qu'elle désire. En revanche, lorsqu'il existe un écart entre l'État et le But, deux situations sont possibles : la boucle de rétroaction peut se révéler négative ou positive. Lorsque la boucle est négative, chaque comportement posé fait que la personne sent qu'elle se rapproche de ses objectifs, donc il y a satisfaction. Par contre, lorsque les comportements posés font que la personne sent qu'elle s'éloigne de ses objectifs, on est en présence d'une boucle de rétroaction dite positive. Ce type de boucle renvoie à une qualité de vie détériorée, susceptible d'impliquer de la frustration, ou de la colère de la personne voire des manifestations anxieuses et dépressives. Outre l'influence de cet écart perçu entre État et But, les tensions ou les insatisfactions ressenties dépendront aussi de la vitesse de réalisation du But et de l'importance du But pour l'individu.

L'ISQV-T pourrait ainsi contribuer à mieux appréhender la nature des buts impliqués dans la notion de conflit VPvp, telle qu'il a été exprimé chez les FAPC. Bien plus, cet outil pourrait aider à dépasser le « conflit » VPvp vers un état d' « équilibre » ou d' « harmonisation », terme plus pertinent selon Poelmans, Kalliath et Brough (2008). En effet, l'équilibre signifie que les deux éléments ont le même poids.

Cependant, une personne pourra avoir le sentiment de concilier les deux domaines même si l'un est plus important que l'autre (Belghiti-Mahut, 2015). Poelmans et al. (2008) vont supposer que « le conflit travail-famille est d'une part un état intermédiaire dans un processus continu de création d'harmonie entre le travail, la famille et la vie personnelle. Et d'autre part l'harmonie suggère un état de compatibilité, de satisfaction et de bien-être mutuels, même à travers un équilibre imparfait » (Belghiti-Mahut, 2015).

Si un accompagnement psychologique est assurément nécessaire pour accompagner les FAPC vers une harmonisation entre vie professionnelle et vie privée, cet accompagnement doit être également étayé de mesures pratiques et concrètes, afin que les FAPC puissent s'autonomiser dans la gestion de leur quotidien.

Implications pratiques

De manière concrète et proximale, au niveau de l'entreprise, des efforts ont été effectués pour faciliter l'exercice professionnel des femmes en dépit de difficultés persistantes. Elles peuvent ainsi, à leur demande, bénéficier d'aménagements de temps ou des heures de travail permettant une flexibilité et le développement de cette harmonisation du travail et de la famille. Parallèlement, certains services d'aide à la personne ont vu le jour dans le contexte professionnel. La « conciergerie d'entreprise » a pour but de décharger le salarié d'une partie de ses tâches du quotidien. Il s'agit d'un prestataire installé dans une entreprise qui répond aux demandes telles que la recherche de personnes pour la garde de leurs enfants ou pour l'entretien de leur maison, des livraisons, des services de pressing, de lavage automobile, etc. L'entreprise prend à sa charge les frais de gestion ou sa mise en place. Pour l'instant, ce concept se cantonne aux grandes entreprises, mais il permettrait une véritable aide pour les personnes confrontées à la maladie chronique. Les Petites et Moyennes Entreprises (PME) peuvent se regrouper afin d'avoir également à disposition ces services. De plus, les entreprises dans le cadre de ces « conciergeries » pourraient intégrer la présence de professionnels de santé et/ou d'une infirmière qui orienterait les femmes en difficulté vers des psychologues en dehors de la structure afin d'éviter la crainte de la stigmatisation. Enfin, des gardes d'enfants, mais aussi des espaces collaboratifs, des salles silencieuses pourraient également trouver leur place et ainsi promouvoir le bien-être au travail. Cependant, il convient de ne pas confondre le bien-être au travail et le bonheur au

travail qui est un concept marketing. En effet, même si nous ne remettons pas en cause l'utilité de ces interventions (mise en place de babyfoot…), elles peuvent paraitre superficielles pour les employés et notamment les femmes ayant eu un cancer. Des interventions plus concrètes les aidant à répondre à cette préoccupation quant au conflit VPvp auront davantage de portée afin de prévenir le burnout et de promouvoir le bien-être au travail.

De manière un peu distale de l'entreprise, et afin de promouvoir cette harmonisation pour les femmes ayant eu un cancer, diverses recommandations peuvent être mises en place. Certaines structures regroupent dans un même lieu une prise en charge psychologique et sociale grâce à laquelle elles peuvent obtenir des informations relatives aux droits, aux possibilités d'aménagements de travail ou de reclassement (Kimmel et Séailles, 2014) permettant une harmonisation des domaines travail-famille. Un médecin du travail peut également être présent. Les consultations psychosociales des « accueils cancer » de la ville de Paris sont un de ces exemples. Il s'agit de lieux extrahospitaliers destinés aux patients et à leurs proches à toutes les phases de la maladie y compris dans l'après-cancer. Ces collaborations pluridisciplinaires sont également retrouvées dans les structures hospitalières comme celle du CHU de Rouen (de Blasi et al., 2011).

Étude 2 : Facteurs protecteurs du BEPT

Après avoir étudié les composantes négatives de la santé au travail dans l'étude précédente, l'étude 2 s'est intéressée à l'influence de facteurs protecteurs sur le BEPT global.

Synthèse des résultats

L'objectif de cette seconde étude était d'identifier les ressources pouvant prédire le BEPT chez les femmes avec un passé de cancer du sein en ayant recours à une approche comparative avec un groupe contrôle. Comme pour l'étude 1, 88 FAPC et de 100 FSPC ont répondu à des questionnaires évaluant le BEPT, ainsi que des variables portant sur les ressources relatives au travail comme le détachement psychologique du travail ou des variables plus personnelles telles que l'optimisme ou l'auto-efficacité. De manière générale, et contrairement à nos attentes, les analyses comparatives de cette étude ont montré que les FAPC montrent des scores significativement plus élevés d'optimisme comparativement aux FSPC. Les régressions hiérarchiques ont mis en évidence que dans le groupe clinique, l'auto-efficacité prédit le BEPT et les trois composantes retenues (adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement dans le travail, sentiment de compétence au travail). Par contre, et contrairement à nos attentes, le détachement psychologique du travail ne prédit que le sentiment de compétence au travail et ne s'exprime que chez les FAPC. A contrario, chez les FSPC, l'optimisme est la ressource qui semble être le plus mobilisée pour un bien-être au travail.

En somme, les résultats montrent que dans le groupe clinique de notre étude, le sentiment d'efficacité personnelle semble prédire le BEPT et trois de ses composantes à savoir l'adéquation interpersonnelle au travail, l'épanouissement dans le travail et le sentiment de compétence au travail.

Considérations théoriques et cliniques

Selon la théorie d'autodétermination de Deci et Ryan (2000, 2008), un des facteurs qui influencent la santé psychologique de manière positive serait la satisfaction des trois besoins fondamentaux : compétence, appartenance et autonomie. Il s'agit d'une approche de la motivation humaine où le concept d'eudémonie est le critère d'existence du bien-être (Stamate et al., 2015). Deci et Ryan (2000) ont ainsi soutenu

que tous les êtres humains, peu importe leur culture, ont besoin de se sentir compétents, autonomes et reliés à leurs pairs afin d'atteindre un état optimal. Nos résultats ont souligné que le sentiment d'auto-efficacité induit une augmentation de la satisfaction de ses besoins fondamentaux dans le cadre du travail. Ainsi, mettre à profit ses compétences pour l'entreprise, se sentir utile à son organisation et disposer d'autonomie dans ses activités permettraient un bien-être au travail accru et une plus grande motivation. Le sentiment d'appartenance à un groupe semble également primordial pour l'individu. Il convient à ce titre de souligner que le sentiment d'efficacité personnelle et le sentiment de compétence au travail doivent être évalués distinctement. En effet, la compétence se réfère à un sentiment d'efficacité sur son environnement et le sentiment d'efficacité personnelle ne suffit pas à induire ce sentiment de compétence. Il est effectivement nécessaire que les individus qui nous entourent confirment ce ressenti pour que l'on se sente compétent au travail (Laguardia et Ryan, 2000). Il n'est donc pas étonnant de retrouver que cette ressource est prédictrice de la satisfaction de ces besoins.

Par ailleurs, les résultats de cette étude ont montré que l'auto-efficacité constitue la ressource la plus mobilisée par le groupe des FAPC. Rappelons que le sentiment d'efficacité personnelle perçue a été introduit dans la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986) et se réfère à la croyance de l'individu en ses propres capacités à organiser et/ou exécuter ses tâches, ses actions, ses buts. Grâce à ses efforts personnels, l'individu va pouvoir provoquer des changements (Bandura, 1997). Cette ressource comprend à la fois les concepts d'estime de soi et de contrôle perçu. À l'appui de cette théorie, il semblerait que l'expérience du cancer ait modifié l'estime de soi ou le sentiment de contrôle perçu.

Parmi les explications possibles de ces données, la littérature indique que certaines femmes font état de changements positifs survenant à la suite d'une confrontation à des évènements de vie aversifs comme le cancer. Ainsi, Tedeschi et Calhoun (2004) ont décrit un modèle du fonctionnement de ce phénomène nommé développement post-traumatique, dans le sens d'une *résilience*. La confrontation à un ou plusieurs évènements traumatiques constitue un « séisme psychologique » conduisant la personne à remettre en cause ses buts et ses croyances suite à leur effondrement. L'individu va connaitre une phase de détresse émotionnelle où il devra faire face à des pensées intrusives et automatiques qui constituent une tentative pour

intégrer l'évènement. Par la suite, il adoptera un processus plus constructif de réinterprétation positive qui permettra de donner du sens à sa maladie. Ainsi, il va modifier progressivement son mode de vie, ses croyances et ses buts. Ces nouveaux buts se construisent par rapport à cette nouvelle réalité qui va alors induire les conditions du changement positif. L'individu va montrer de plus grandes capacités d'adaptation face aux évènements difficiles auxquels il sera confronté. Ainsi, selon Tesdeschi et Calhoun (1996, 2004) le développement post-traumatique dans le sens de la *résilience* recouvre cinq domaines : 1/ Le premier correspond à l'appréciation de la vie, soit le fait de l'apprécier amplement. La femme avec un passé de cancer du sein pourra ainsi se sentir chanceuse d'être en vie, profiter de chaque journée et anticiper des moments positifs. Ainsi, ce premier domaine pourrait expliquer les raisons pour lesquelles les FAPC de notre groupe se montrent plus optimistes que les FSPC ; 2/ Le second domaine de développement concerne sa relation aux autres qui devient plus riche, plus investie et davantage renforcée ; 3/ Le développement d'une force personnelle constitue un troisième domaine. La personne va se sentir plus forte après l'épreuve. Elle se sentira ainsi plus apte à affronter et gérer les difficultés qu'elle pourra rencontrer. Elle sera également plus confiante en ses ressources. Ce domaine pourrait être rapproché de la notion de sentiment d'auto-efficacité et expliquer son recours chez les femmes du groupe clinique ; 4/ Un quatrième domaine comprendrait les nouvelles possibilités qui s'offrent à la personne. Il s'agit des actions et des comportements qui pourraient être activés par l'évènement vécu. Dans le cadre professionnel, il pourrait s'agir de changer de profession ou de commencer une formation convoitée ; 5/ Enfin, le cinquième et dernier domaine correspondrait au développement d'une certaine spiritualité, qui n'a pas été abordé dans ce travail de thèse.

Si le modèle de fonctionnement de Tedeschi et Calhoun (2004) peut correspondre à certains vécus de l'après-cancer, il ne peut cependant pas être généralisé à l'ensemble en situation d'après-cancer. Les modèles de psychologie de la santé contribuent à apporter un autre éclairage quant au recours et à l'ancrage du sentiment d'efficacité personnelle dans l'après-maladie.

En psychologie de la santé, l'auto-efficacité est une ressource clé permettant une prédiction plus élevée de l'accomplissement d'un comportement de santé. L'approche du processus d'action sur la santé (*Health Action ProcessApproach*, HAPA, Schwarzer, 1992) indique que l'apparition, l'adoption et le maintien des comportements de santé,

comme suivre une chimiothérapie, sont constitués de la phase motivationnelle et de la phase d'action volontaire. Le sentiment d'efficacité personnelle influence à la fois le processus de décision, mais également le commencement et la continuité de l'action (Fischer et Tarquinio, 2006). Cette ressource peut également avoir un impact direct sur le comportement de santé (par exemple avoir une bonne hygiène de vie après les traitements) comme le propose la Théorie du Comportement Planifié (TCP) développé par Ajzen (1991). Par ailleurs, dans la Théorie de la motivation à se protéger (Rippetoe et Rogers, 1987), la perception de la gravité de la menace, la perception de sa vulnérabilité personnelle, l'efficacité de la réponse de coping et sa croyance en sa propre capacité à faire face (auto-efficacité) induisent la motivation à se protéger contre la maladie. À l'appui de ces modèles, durant la phase des traitements et de l'après-cancer, les femmes vont progressivement s'autoréguler en adoptant des comportements de santé telle que suivre leur traitement, adopter un nouveau régime alimentaire ou une meilleure hygiène de vie. De même, lors de leur retour à la vie professionnelle, elles chercheront dans le cadre du travail à préserver leur santé (Chassaing et Waser, 2010). Ainsi, dans cette étude, l'expérience du cancer a sans doute renforcé ce sentiment d'auto-efficacité nécessaire à la *résilience*.

En résumé, les FAPC de cette étude semblent donc disposer de ressources efficaces pour un bien-être au travail. Ces ressources seront mises à profit dans un environnement de travail adapté.

Implications pratiques

Le bien-être psychologique au travail implique un niveau acceptable de stress lié à son activité professionnelle, mais également des conditions de travail qui semblent satisfaisantes à l'individu. Plus largement, cet état découle également d'une bonne santé psychologique et physique. Au vu de l'importance de l'auto-efficacité dans le processus du BEPT, il semble important de mettre en place des recommandations afin de maintenir cette ressource chez les FAPC. Pour ce faire, des feedbacks positifs ajustés à la situation, tant de l'employeur que du milieu professionnel, participeraient à consolider le sentiment d'efficacité personnelle, en induisant de bonnes relations sociales, un épanouissement professionnel et un sentiment de compétences accrus nécessaires à leur BEPT.

En outre, comme observé dans l'étude 2, cette ressource personnelle d'auto-efficacité, lorsqu'elle est associée au détachement psychologique du travail, est prédictive du sentiment de compétence au travail chez les FAPC. De fait, la notion de détachement psychologique du travail pourrait bien constituer un support d'intervention privilégié, afin de sensibiliser à un recours raisonné des nouvelles technologies et notamment des smartphones (Barber et Jenkins, 2014) pour préserver son équilibre psychologique. Ainsi, des recommandations simples telles que s'autoriser à ne pas consulter ses mails et/ou éteindre le téléphone portable de fonction en dehors du cadre professionnel (à savoir se désengager de la tâche) et s'adonner à des loisirs choisis (à savoir se réengager dans une nouvelle activité) participent de manière significative au bien-être psychologique (Fritz, Yankelevich, Zarubin et Barger, 2010 ; Wrosch, Amir et Miller, 2011).

À cet égard, et toujours dans l'objectif d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle, certaines études récentes préconisent une pratique sportive (Awick, Philipps, Lloyd, et McAuley, 2017), qui pourrait être proposée dans le cadre professionnel (comme service offert par une conciergerie d'entreprise). Promouvoir l'activité physique adaptée est d'ailleurs une des priorités du Plan Cancer 3 afin d'améliorer la qualité de vie et favoriser le sentiment d'appartenance sociale chez les FAPC (cf. étude 3).

Étude 3 : Étude des composantes du BEPT comme médiateur entre stresseur et burnout

Dans cette troisième étude, l'effet médiateur des trois composantes évaluées du BEPT, dans la relation entre la charge de travail et le burnout, a été testé. Ces trois composantes peuvent être rapprochées des trois besoins fondamentaux de la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2000). Dans l'étude 1, l'effet direct de la charge de travail sur le burnout n'a pas été démontré. Pour autant ces variables ont été maintenues dans l'étude 3, en raison de l'introduction des trois composantes retenues du BEPT, susceptibles d'influer sur l'effet de la charge de travail sur le burnout.

Synthèse des résultats

L'objectif de cette troisième étude était de mettre en évidence le rôle médiateur des trois composantes retenues du BEPT (adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement dans le travail, sentiment de compétence au travail) dans la relation entre la charge de travail et le burnout. Comme pour les deux premières études, 88 FAPC et de 100 FSPC ont répondu à des questionnaires évaluant cette fois-ci les trois composantes retenues du BEPT, le burnout et la charge de travail. Contrairement à nos attentes, seule l'adéquation interpersonnelle au travail semble avoir un rôle médiateur dans le lien entre charge de travail et le burnout. De plus, cet effet médiateur ne concerne que le groupe clinique.

En somme, les relations entretenues dans son environnement professionnel semblent être de véritables ressources pour les femmes avec un passé de cancer dans cette étude.

Considérations théoriques et cliniques

En effet, selon la théorie d'autodétermination de Deci et Ryan (2000, 2008), ce besoin d'être en relation avec autrui implique la perception d'être liée à des personnes qui sont importantes pour soi (Heutte, 2011 ; Ryan, 1995). Dans cette perspective, l'individu va se sentir signifiant pour d'autres et va percevoir leur sollicitude (Heutte, 2011) lui permettant de considérer les personnes qui l'entourent au travail, mais aussi de se sentir considéré en retour (Dose et al., 2018). Ces rapports perçus comme de qualité vont faciliter la transmission des informations, la réactivité et l'échange de compétences. Il va se sentir appartenir à un monde social qui a une importance pour lui. Ce sentiment de partager avec les autres, ce sentiment d'unité, reflèterait l'existence de rapports entre collègues et non de malades à collègues dans le groupe des FAPC. Ainsi, ces femmes ne semblent pas être perçues comme des « anciennes malades », mais semblent avoir retrouvé un statut de salariées et de collègues. Néanmoins, la satisfaction de ce besoin ne peut se faire que dans le cadre d'un environnement favorable à leur épanouissement (Deci et Ryan, 2002). L'environnement de travail se doit donc d'être en capacité de favoriser les échanges entre les salariés.

Parmi les dispositifs possibles, des chercheurs spécialisés dans la médiation et la gestion des conflits (Oudin, Bécard et Oudin, 2015) ont montré le rôle prépondérant des

discussions informelles dans le cadre professionnel. Ces discussions informelles sont définies comme des échanges non encadrés, pouvant survenir à tout moment, tant avec le supérieur qu'entre collègues. Pour autant, elles sont aujourd'hui de moins en moins nombreuses du fait de la rationalisation du travail et de la communication accrue par mail. Au-delà du besoin vital de converser, d'échanger, Oudin, Bécard et Oudin (2015) soulignent l'impact de ce ces échanges sur l'activité au travail. À titre d'illustration, lorsqu'un salarié a des difficultés à terminer une tâche, un collègue pourra lui proposer spontanément son aide, limitant ainsi sa charge de travail et un sentiment d'épuisement. De plus, selon ces chercheurs, converser permettrait d'éviter les malentendus et de désamorcer l'escalade de conflits relationnels, mais favoriserait également la transmission de savoirs (échanges de bons procédés), la reconnaissance et la résolution de difficultés. Du point de vue des salariés, ces discussions permettraient l'instauration d'un climat serein propice à l'autonomie, au maintien du sentiment d'efficacité personnelle, mais aussi à la possibilité d'échanger autant sur des sujets futiles du quotidien que sur des sujets plus délicats comme le mal-être au travail.

Implications pratiques

Afin de mettre à l'oeuvre ces recommandations, Oudin et al. (2015) préconisent d'instaurer de manière plus flexible des lieux d'échange, qui permettraient aux salariés de s'approprier ces espaces et ces temps de discussion pour aborder des problèmes tant personnels que professionnels. Ils favoriseraient une meilleure cohésion dans l'environnement professionnel. Ces moments d'échanges seraient également l'occasion pour les managers ou les supérieurs hiérarchiques d'exprimer des signes de reconnaissance individualisés à leurs employés. Ces feedbacks positifs participeraient à un maintien ou une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle des femmes avec un passé de cancer. Ces moments et lieux d'échange se distinguent des manifestations conviviales en dehors des heures de travail qui pourraient être perçues comme un empiètement du temps passé hors du travail au risque de nuire à l'harmonisation entre les deux domaines, travail et famille. L'étude 1 a en effet montré la préoccupation des femmes du groupe des FAPC quant au conflit VPvp.

De plus en plus d'interventions, s'adressant aux salariés et aux managers, sont proposées aux entreprises pour accompagner le retour et/ou le maintien à l'emploi après

un cancer. Si le bien-fondé de ces interventions est incontestable, les données de cette étude montrent qu'elles doivent également promouvoir l'émergence de lieux où le salarié peut favoriser son *empowerment*.

Ces trois études ont montré tout l'enjeu de concilier à la fois un maintien du sentiment d'auto-efficacité, des bonnes relations entre collègues et de favoriser l'harmonisation entre les domaines travail et famille afin de prévenir le burnout et de promouvoir le bien-être psychologique au travail. Les deux prochaines études ont intégré le conjoint afin d'identifier s'il peut également constituer un autre type de ressource dans la santé mentale au travail chez les FAPC dans l'après-cancer.

1.2. Chapitre 7 : Étude de la santé mentale au travail des couples dont la femme a un passé de cancer : approche dyadique et comparative

Étude 4 : Étude de l'effet de la satisfaction de sa relation de couple dans la santé mentale au travail chez les couples dont la femme a eu un cancer du sein

Cette étude intègre son rapport à l'autre à travers la satisfaction de sa relation de couple et étudie son influence dans la santé mentale au travail de chacun des conjoints à la fois d'un groupe clinique et d'un groupe contrôle.

Synthèse des résultats

L'objectif de cette étude était d'identifier si la satisfaction de sa relation conjugale protège du burnout d'une part et influence le BEPT d'autre part au sein des couples avec un passé de cancer, en ayant recours à une approche comparative. Pour cela, 20 couples dont la femme a un passé de cancer et 100 couples contrôle ont répondu à divers questionnaires évaluant la santé mentale au travail (burnout et BEPT), la satisfaction de vie, les manifestations anxio-dépressives et des ressources (satisfaction de sa relation de couple, détachement psychologique du travail). Les analyses causales ont montré que chez les FAPC les manifestations anxieuses ont un impact sur le score

de burnout. Cependant, dans ce groupe, la moyenne du score d'anxiété est inférieure au seuil défini par l'HADS. De plus, elles ne sont pas plus nombreuses que les participants des autres groupes à montrer une symptomatologie anxieuse modérée ou élevée. L'impact des manifestations anxieuses sur le burnout est également retrouvé dans le groupe contrôle. Les FAPC présentent donc un profil classique similaire à celui du groupe des FSPC et HSPC. Par contre, le profil des conjoints dont la femme avec un passé de cancer se différencie. Ces derniers semblent très sensibles aux relations avec leur partenaire. En effet, et contrairement à nos attentes, la satisfaction de la relation de couple a un impact positif sur leurs manifestations anxieuses. De plus, même si leurs scores moyens sont en deçà des seuils critiques, ils sont près d'un quart à présenter une symptomatotologie modérée ou élevée. En outre, les résultats ont montré que la satisfaction de la relation au sein de couple diffère, au sens où les FAPC vont percevoir cette relation comme une ressource (en termes de détachement psychologique du travail) confirmant ainsi notre attente initiale, alors que pour leur conjoint elle est davantage source d'anxiété.

Considérations théoriques et cliniques

Les résultats de cette étude, et ceux de l'étude 3, indiquent que le rapport aux autres (conjoint ou collègue) est une ressource pour le groupe FAPC. À cet égard, Rimé (2009) a indiqué que les femmes ont tendance à partager leurs émotions avec un réseau social plus large que celui des hommes. Il a introduit la notion de partage social des émotions qui implique deux éléments : 1/ le premier comprend le fait de réévoquer l'émotion sous forme d'un langage socialement partagé ; et 2/ le second implique la présence d'un partenaire, même symbolique. Ce partage peut être observé lors des conversations où il est question d'un « évènement émotionnel ainsi que des sentiments et réactions que cet évènement a suscités » (Rimé, 2009, p86). Ainsi, quel que soit l'âge, les individus partagent en priorité leurs émotions à leur compagnon. Cette prépondérance est nettement plus forte chez les hommes. Le réseau social de ces derniers est plus restreint alors qu'il est diversifié chez les femmes (famille élargie, amies, collègues…). De plus, Rimé (2009) a avancé que les normes d'expression pourraient être la cause de ce déséquilibre dans le couple. En effet, les hommes et plus encore à l'âge adulte ne « doivent pas pleurer » ou se montrer fragiles. Ainsi, la seule personne avec laquelle ils peuvent se mettre à nu serait leur compagne. Ceci n'est pas

sans conséquence. Dans le contexte du cancer, et même dans l'après-cancer, l'homme va chercher à préserver sa femme, en étant particulièrement attentif à son bien-être (Mitchell et al., 2013). Ce rôle protecteur aura pour effet de minorer l'expression et le partage d'émotions négatives avec sa partenaire, majorant en contrepartie son sentiment de mal-être. En outre, plus le temps passe dans la période de l'après-rémission, plus la peur d'une récidive augmente chez le conjoint, susceptible de conduire à un sentiment d'incertitude (Proia-Lelouey et Lemoignie, 2012). Les résultats obtenus vont dans le sens de cette interprétation, justifiant de s'intéresser à la question de la gestion de l'intolérance à l'incertitude. Ce sentiment d'intolérance à l'incertitude a déjà été mis en évidence chez les parents d'enfants concernés par un cancer (Vander Haegen, Piette et Etienne, 2017). Plus précisément, les individus présentant un niveau élevé d'intolérance à l'incertitude éprouvent une sensation de peur face à des situations incertaines. Ce faisant, la manière de faire face à ce sentiment vise à accroitre la certitude par des tentatives comportementales comme la recherche de réassurance et de vérification (Gillett, Bilek, Hanna et Fitzgerald, 2018). Pourtant, il est impossible de prédire si la personne connaitra ou non une récidive. Aussi, les prises en charge psychologiques auprès des patients s'orientent de plus en plus vers l'augmentation de la tolérance à l'incertitude. Ce type de prise en charge s'axe sur la tolérance des pensées négatives, par une exposition graduelle en relativisant leur importance (« *ce n'est qu'une pensée parmi d'autres* »), et sur l'utilisation de la restructuration cognitive dans le but de trouver des pensées plus réalistes (Savard, 2013). L'idée est d'envisager une possible récidive, ou non. Ces prises en charge d'orientation *cognitivo-comportementales* pourraient être proposées au conjoint en difficulté face à ces nombreux questionnements inhérents à l'après-cancer.

Implications pratiques

Les conjoints dans ce travail de thèse se sont révélés vulnérables dans la période de l'après-cancer. Comme pour les FAPC, une prise en charge psychologique pourrait être proposé au conjoint, tout au long du parcours de soins, y compris après la fin des traitements. Segrestan-Crouzet (2010) a suggéré de ne pas réduire uniquement le conjoint à un rôle d'aidant, mais d'envisager son propre vécu vis-à-vis du cancer. L'auteur propose d'intégrer les conjoints aux consultations médicales durant le traitement, mais également après la fin des traitements, afin : 1/ qu'ils puissent

bénéficier des mêmes informations que leurs conjoints. La littérature rapporte en effet qu'ils sont peu informés sur cette période spécifique de l'après-cancer, susceptibles de générer un sentiment d'incertitude et/ou des manifestations anxieuses ; et 2/ qu'ils puissent être pris en charge rapidement en cas de difficultés perçues ou exprimées, visant à limiter le risque d'une anxiété généralisée.

Outre ce type de prise en charge clinique, un accompagnement basé sur la pleine conscience pourrait être suggéré pour un meilleur contrôle des émotions négatives en lien avec la maladie (Hsiao et al., 2016 ; Philippot, 2014). Dans cette approche, les individus voient leurs pensées sans aucun préjugé ni réaction désagréable, ils atteignent un état de calme qui les conduiront à une diminution de l'état de stress et à une augmentation du bien-être.

Étude 5 : La santé mentale au travail des couples dont la femme a eu un cancer du sein, une approche dyadique

Cette dernière étude s'est intéressée aux influences réciproques entre les conjoints dont la femme a eu un cancer du sein, dans le domaine de la santé mentale au travail.

Synthèse des résultats

L'objectif de cette étude était triple. Le premier objectif cherchait à rendre compte des effets acteurs et partenaires des manifestations anxieuses et dépressives sur le burnout. Un deuxième objectif visait à identifier les effets des ressources personnelles (optimisme et auto-efficacité) sur le BEPT. Enfin, le troisième et dernier objectif de cette étude était d'examiner les effets des ressources personnelles sur le burnout. L'ensemble de ces analyses a été mené au sein des couples des deux groupes (clinique et contrôle).

Dans cette étude, et comme pour la précédente, 20 couples dont la femme a un passé de cancer et 100 couples contrôle ont répondu à divers questionnaires. Ces derniers évaluaient la santé mentale au travail (burnout et BEPT), les manifestations anxio-dépressives et des ressources personnelles (optimisme et auto-efficacité).

Les résultats ont montré que, quel que soit le modèle testé, nous observons que les processus qui sont mobilisés au sein des couples avec un passé de cancer ou ceux n'ayant pas ce vécu diffèrent. Dans le groupe clinique, les manifestations anxio-dépressives de la femme ayant eu un cancer du sein ou ses ressources personnelles semblent avoir un impact sur la santé mentale au travail de son conjoint. Cependant, l'effet négatif des ressources personnelles de la femme sur le BEPT de son partenaire nous questionne. Aucun effet acteur ni d'effet du conjoint sur sa compagne n'est mis en évidence dans ces modèles contrairement à nos attentes. Ces observations font écho aux résultats de l'étude de Duprez et al. (2017) qui avancent que la détresse émotionnelle de la patiente souffrant de cancer du sein impacte davantage l'expérience du conjoint que la réciproque. Nos résultats confirment cette observation dans le domaine du travail et dans l'après-cancer. De plus, ses ressources personnelles ou celui de son/sa partenaire ne semblent pas avoir d'effets sur le burnout global.

A contrario, dans la population contrôle, des effets acteurs ont surtout été mis en évidence. Ainsi, les manifestations anxio-dépressives de chaque conjoint semblent avoir un impact sur leur propre burnout. Parallèlement, des effets de ses ressources personnelles sur son propre burnout sont également mis en avant. Aucun effet significatif n'a été retrouvé dans le modèle 2 testé dans cette étude. De plus, il semblerait que seul le burnout du conjoint ait un effet sur celui de sa femme alors que ce n'est pas le cas dans la population clinique confirmant ainsi l'étude de Park et Fritz (2015).

Ainsi, contrairement au groupe contrôle, les résultats présentés dans les deux premières études semblent disparaitre dès lors que le conjoint est intégré au modèle. Cette observation montre l'intérêt d'adopter une perspective systémique.

Considérations théoriques et cliniques

Selon la théorie systémique, la personne, la famille ou tout groupe humain est envisagé comme un système. Vasselier-Novelli et Heim (2013) ont défini ce système comme « un ensemble organisé d'éléments en interaction, évoluant dans le temps en fonction du milieu et de finalités, tel que tout évènement concernant l'un de ses éléments retentit sur tous les autres ». Ces auteurs ont alors précisé que ces systèmes sont en réalité des écosystèmes dans la mesure où tous les changements qui se

produisent à l'intérieur sont en constante interrelation (réciprocité et échanges) à la fois à l'intérieur de celui-ci, mais également avec le milieu ambiant. La survenue du cancer impacte à la fois la personne concernée, mais également son entourage et plus particulièrement son conjoint. Les résultats de cette étude ont mis en avant que le conjoint est particulièrement sensible à la détresse de leur compagne, supposant alors un excès d'empathie.

Certains auteurs définissent l'empathie en des termes émotionnels (Bryant, 1987 ; Eisenberg et Strayer, 1987) et d'autres en termes cognitifs (Hogna, 1969 ; Wise, 1986). La composante cognitive se réfère à la capacité de comprendre le point de vue des autres, ou de se mettre à leur place, sans ressentir nécessairement leurs émotions, alors que la composante émotionnelle renvoie aux réactions émotionnelles en réponse aux émotions des autres (Péloquin et Lafontaine, 2010). Davis (1983, 1994) propose une approche intégrative, selon laquelle l'empathie ne serait pas un construit unidimensionnel, mais allierait à la fois des aspects cognitif et émotionnel. Elle renverrait à « la capacité à comprendre et à partager/participer aux émotions des autres » dans un contexte social général. Il existe cependant d'autres formes d'empathie, dont l'empathie dyadique, qui correspond à l'empathie exprimée de manière ciblée et plus particulièrement envers son partenaire (Péloquin et Lafontaine, 2010). Ainsi, la capacité de se mettre à la place de l'autre tant de façon cognitive qu'émotionnelle va permettre à chaque membre du couple de déployer des outils plus efficaces pour trouver des solutions à leur problème, tout en fournissant un soutien émotionnel adéquat à l'autre (Varela, 2009 ; Simpson, Oriña et Ickes, 2003). La perception de l'empathie de l'autre est également très importante. À ce titre, et de manière générale, la satisfaction relationnelle des hommes serait liée à la capacité de lire avec précision les émotions positives de leur partenaire, alors que la satisfaction de la relation de couple du point de vue des femmes serait liée à la capacité de leur conjoint à lire leurs propres émotions négatives (à elles) (Cohen et al., 2012). Ces données pourraient être rapprochées de nos résultats. En effet, les conjoints du groupe clinique pourraient être particulièrement empathiques envers leur compagne, par une attention contribuant à un bien-être élevé chez elles. Ainsi, dans un contexte de cancer, peu de temps après le diagnostic, la perception des femmes quant au soutien fourni par leur partenaire aurait un effet sur leur santé mentale (Manne et al., 2004). Cet effet se poursuivrait dans l'après-cancer (Talley, Molix, Schlegel et Bettencourt, 2010), confirmant à cet égard nos résultats. Certains

auteurs avancent même que l'empathie pourrait être l'une des composantes du soutien fortement appréciée par les femmes faisant face ou après un passé de cancer du sein (Pistrang et Barker, 1995 ; Stulz et al., 2014). Ainsi, celles percevant leur partenaire comme empathique présenteraient moins de symptômes dépressifs (Fang, Chang et Shu, 2015). Les HAPC de notre étude pourraient avoir développé une empathie qui a conduit à un masquage des émotions négatives. Cette dissonance émotionnelle aurait pour effet de majorer son sentiment de mal-être.

La littérature a déjà montré que le genre pourrait avoir un impact sur la régulation émotionnelle. Ainsi, comparativement aux femmes, les hommes auraient davantage recours à la suppression expressive (Christophe, Antoine, Leroy et Delelis, 2009). Cette stratégie a été mise en évidence par Gross (2002) et ferait suite à une première stratégie de réévaluation cognitive de la situation. La suppression expressive serait donc une conséquence de la réponse, qui engendrerait une inhibition de l'expression comportementale des émotions, sans pour autant diminuer leurs ressentis (Delelis, Christophe, Berjot et Desombre, 2011). De fait, la suppression expressive favoriserait l'émergence de troubles émotionnels et aurait des effets négatifs sur le bien-être (Gross et John, 2003). Delelis et al. (2011) ont à ce titre préconisé qu'il serait préférable de privilégier la réévaluation qui conduirait les personnes à tenter de modifier la source de stress (gestion du problème) en ayant recours à l'aide d'autrui. A contrario, avoir préférentiellement recours à la suppression expressive les mènerait à éviter une confrontation au problème et une recherche de soutien social. Ainsi, les conjoints de cette étude utiliseraient davantage cette dernière stratégie de régulation émotionnelle induisant des effets négatifs sur leur fonctionnement y compris dans le contexte professionnel. Il serait pertinent d'évaluer et d'identifier les stratégies de régulation émotionnelle adoptées par ces conjoints à l'aide du questionnaire de régulation émotionnelle (Gross et John, 1998, 2003 ; version française : Christophe et al., 2009).

Implications pratiques

Le couple en tant que système est impacté par l'épreuve de la maladie. Les résultats de cette étude ont montré que les conjoints se montrent préoccupés par la situation de sa partenaire, au point d'affecter sa vie professionnelle. Cet excès d'empathie pourrait cependant se révéler délétère à terme.

Pour pallier ce risque, certaines interventions ciblent plus particulièrement le couple et le travail. Dans cette perspective, Schaer, Bodenmann et Klink (2008) ont montré l'efficacité du programme *Couples Coping Enhancement Training* (CCET) (Bodenmann et Shantinath, 2004) dans le domaine du travail. Il s'agit d'une intervention préventive qui donne des clés aux couples pour faire face au stress, de façon individuelle et/ou dyadique. Cette thérapie s'est avérée efficace dans l'amélioration de la qualité des compétences dyadiques, telles que la communication et la résolution de problèmes. Le CCET dure 15 heures et est composé de six modules. Les rencontres ont lieu le week-end et regroupe quatre à huit couples : 1/ Le premier module traite de la question du stress à savoir son origine, ses manifestations et ses conséquences ; 2/ Le second enseigne comment maitriser efficacement ce stress (*prévention quant au stress inutile, lister les activités de lutte contre le stress, évaluation adéquate de situations exigeantes, adaptation des stratégies de coping à la situation stressante*…) ; 3/ Le troisième permet aux couples d'améliorer leurs compétences d'adaptation dyadique en apprenant notamment à exprimer explicitement leur stress à leur partenaire, à reconnaitre avec précision le stress de son conjoint et à fournir un soutien adéquat et aidant à ce dernier ; 4/ Le quatrième module illustre l'importance de « l'équité mutuelle » c'est-à-dire le fait de donner et recevoir ce soutien dyadique ; 5 et 6/ Les deux derniers modules sont basés sur la formation à la communication et à la résolution de problèmes. Cette intervention permet une amélioration de la satisfaction de la relation de couple des participants, une diminution du conflit VPvp et une diminution du burnout. Elle permet également une meilleure communication des participants entre eux. Ce type d'intervention pourrait être proposé tout au long du parcours de soins, en fonction des besoins exprimés par le couple ou perçus par les professionnels de santé, afin que la relation à l'autre devienne une véritable ressource dans la gestion de l'après-cancer.

En plus de ce programme d'accompagnement des couples, il pourrait être proposé une thérapie d'approche systémique (Segrestan-Crouzet, 2010), comme la thérapie familiale médicale (Cook-Darzens, 2005), englobant les proches, qui par la mobilisation des compétences familiales élargies, permettrait d'accroitre les capacités du couple à recourir à des ressources adaptées en fonction de l'évolution de la situation.

2. Apports et limites de ce travail de thèse

2.1. Apports

Le principal apport de ce travail de thèse est qu'il s'agit, à notre connaissance, de la première étude qui évalue la santé mentale au travail des femmes avec un passé de cancer du sein. La majorité des recherches actuelles se centrent en effet davantage sur les conditions de retour à l'emploi ou la performance, sans considérer le vécu subjectif de ces femmes. Dans ce travail de thèse, la santé mentale a été évaluée à la fois dans sa composante négative (le burnout) et positive (le BEPT) permettant une appréciation globale. Ainsi, nous avons pu mettre à jour que les FAPC de notre échantillon présentent des difficultés au travail par rapport aux FSPC qu'il convient de prendre en charge. Parallèlement, concernant la composante positive de la santé mentale au travail, nos résultats n'ont pas montré de différences avec la population contrôle, soulignant tout l'intérêt de prendre en considération les deux composantes.

Un autre apport concerne le choix des variables sélectionnées pour chacune des composantes, qui a permis de révéler une mobilisation différente selon les variables impliquées et selon les groupes. S'agissant des FAPC, les différentes études ont mis à jour des prédicteurs du burnout d'une part et des ressources liées au BEPT d'autre part spécifiques à ce groupe. Les premiers éléments obtenus dans ce travail de thèse devraient contribuer à mieux cibler l'accompagnement du retour et/ou du maintien de l'activité professionnelle dans la période de l'après-rémission.

Enfin, le troisième apport de ce travail de thèse est qu'il a permis de conforter la nécessité d'intégrer le conjoint dans le parcours de soin et de l'après-soin. Cet accompagnement permettrait de repérer les conjoints à risque d'excès d'empathie et/ou de suppression émotionnelle à l'égard de leur compagne susceptibles d'engendrer un mal-être pouvant retentir sur sa vie professionnelle. Cette étude exploratoire devrait ainsi contribuer à sensibiliser à une bienveillance de l'environnement professionnel vis-à-vis du conjoint.

2.2. Limites

Ce travail de thèse présente principalement trois limitations.

La difficulté d'accès au groupe clinique d'une part et la difficulté à faire participer les deux membres du couple ont considérablement affecté le nombre d'inclusions des participants de ce groupe, ce qui représente probablement la faiblesse majeure de ce travail.

Associée à la remarque précédente, l'organisation de ce travail thèse a dû être modifiée, impliquant notamment de constituer le groupe contrôle avant l'inclusion de l'ensemble des participants du groupe clinique, tel que prévu dans le protocole de base. De fait, les groupes clinique et contrôle n'ont pu être égalisés sur aucun critère en particulier. Le seul lien entre les deux groupes de femmes recrutées pour ce travail de thèse est qu'elles avaient toutes une activité salariée au moment de l'étude.

Toujours en lien avec la première remarque, le groupe clinique n'est pas homogène non plus quant à la gravité du cancer traité, le parcours de soins, les accompagnements dont les personnes ont éventuellement bénéficié pour optimiser ce retour à l'emploi.

Malgré ces faiblesses, ce travail de thèse a pu aboutir à des résultats que nous considérons comme utiles et influents pour l'accompagnement des femmes avec un passé de cancer, ainsi que leur conjoint.

3. Perspectives

Le présent travail de thèse ouvre la voie à de nouvelles études.

La première proposition est d'ordre notionnel. Nous avons souhaité évaluer spécifiquement trois composantes du BEPT qui renvoient à la satisfaction des trois besoins fondamentaux d'affiliation, d'autonomie et de compétence selon la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 2000, 2008). Pour aller plus loin dans la mise à jour des processus en jeu pour évaluer la santé mentale au travail, il pourrait être intéressant d'utiliser un questionnaire spécifique, comme l'Échelle de satisfaction des besoins

fondamentaux en contexte professionnel (Gillet, Fouquereau, Lequeurre, Bigot et Mokounkolo, 2012). De plus, nous avons mis à jour que les individus dans l'environnement de travail peuvent représenter de véritables ressources. Intégrer une échelle de soutien social de son supérieur hiérarchique et de ses collègues avec l'Échelle de Soutien Social adapté au monde Professionnel (QSSP-P) (Collange, Bellighausen, Emery, Albert et Zenasni, 2015) pourrait permettre de cibler le soutien obtenu et d'étudier les liens avec la composante adéquation interpersonnelle au travail du BEPT. Enfin, dans l'optique d'adopter une perspective systémique, il serait également intéressant d'intégrer un questionnaire de coping dyadique (Gmelch et al., 2008) afin d'étudier la façon dont les couples s'ajustent à ces nouveaux défis de l'après cancer et notamment dans le domaine professionnel.

La seconde proposition de recherche relèverait d'une approche plus méthodologique et concerne le recours à une approche longitudinale. Le recueil de données pourrait débuter à l'annonce de la maladie. En effet, il serait pertinent de voir s'il existe déjà une fragilité préexistante au niveau professionnel indépendante de l'expérience du cancer. Nous pourrions également voir l'évolution de certaines ressources et notamment de la satisfaction de sa relation de couple. Nous proposerions quatre temps à cette recherche : T0/ à l'annonce du diagnostic, T1/ peu de temps après la reprise du travail, T2/ deux ans après le diagnostic et enfin T3/ cinq ans après le diagnostic. Ces moments feraient écho aux rapports de l'INCa (2014, 2018) qui rapportent des différences entre deux et cinq ans après le diagnostic soulignant l'intérêt d'une approche longitudinale.

Une troisième piste de recherche pourrait être l'utilisation d'une approche mixte basée sur des mesures quantitatives, mais également qualitatives. Des entretiens semi-directifs complèteraient les données obtenues par les questionnaires. Les études menées dans ce travail ont permis de mettre à jour des stresseurs mais également des ressources personnelles et relatives au travail. Ces résultats sont loin d'être exhaustifs et il conviendrait d'avoir davantage d'informations. Des entretiens semi-directifs pourraient ainsi venir étayer les résultats et proposer des pistes d'explications. Ils permettraient également de mieux appréhender le vécu subjectif de la personne et d'apporter des nuances aux données issues des échelles.

Enfin, une dernière proposition serait la comparaison avec un autre type de cancer concernant principalement les hommes (comme le cancer de la prostate). Il

pourrait être pertinent d'étudier si la compagne présente les mêmes difficultés que celles mises en avant dans ce travail de thèse pour le conjoint de la femme ayant eu un cancer du sein. Est-ce un effet de genre ou est-ce la résultante de ce rôle d'aidant ? De plus, les variables que nous avons choisi d'évaluer peuvent être soumises à un effet de genre (le conflit VPvp, le burnout ou les manifestations anxio-dépressive par exemple) (Cohen et al., 2012). Considérer d'autres types de cancer ou de pathologies chroniques pourrait représenter des pistes intéressantes. Nous proposons par exemple d'étudier le retour au travail après un infarctus. Cette affection confronte l'individu à la mort. Ce dernier connait souvent un arrêt de travail plus ou moins long qui impliquera également un retour à son activité professionnelle. Les représentations associées à cette maladie ne sont pas les mêmes que celle du cancer.

Ces perspectives de recherche conduiraient à mieux connaitre la santé mentale au travail des femmes ayant été confrontées à un cancer du sein, mais également de leur conjoint. Le taux de survie étant en constante augmentation, les professionnels de santé sont de plus en plus amenés à être confrontés à cette problématique. Malgré des études de plus en plus nombreuses, de nouvelles recherches sont nécessaires afin d'anticiper les difficultés, promouvoir ou maintenir les ressources et adapter au mieux la prise en charge.

Conclusion

Les progrès médicaux dans le domaine de l'oncologie permettent aux femmes concernées par un cancer du sein de reprendre et/ou de maintenir leur activité professionnelle. Dans l'après cancer, la question de leur santé mentale au travail est encore trop peu explorée alors qu'elle mérite une attention particulière.

Les résultats de ce travail de thèse ont participé à l'identification de facteurs prédicteurs du burnout et du bien-être psychologique au travail chez les femmes avec un passé de cancer. Les différentes études ont montré que ces dernières ne mobilisent pas les mêmes variables que les femmes de la population contrôle. Ainsi, elles disposent de ressources spécifiques tant personnelles (auto-efficacité, détachement psychologique du travail) que professionnelles (adéquation interpersonnelle au travail) et/ou conjugales (satisfaction de la relation de couple) impactant positivement leur santé mentale au travail.

Ce travail a également permis de mettre à jour que les conjoints des femmes avec un passé de cancer présentent une sensibilité accrue à leur compagne susceptible d'engendrer un mal-être pouvant retentir sur leur vie professionnelle.

Les premiers éléments obtenus dans ce travail de thèse devraient contribuer à mieux cibler l'accompagnement du retour et/ou du maintien de l'activité professionnelle dans la période de l'après-rémission chez les femmes avec un passé de cancer du sein. De plus, ces éléments proposent également de porter une attention particulière à leurs conjoints et de les intégrer dans la prise en charge tout au long du parcours de soins et dans l'après-cancer.

Références

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Allen, T. D., Herst, D. E., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, *5*(2), 278-308. http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.5.2.278

Allen, Tammy D., Herst, D. E. L., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, *5*(2), 278-308. https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.2.278

Asselain, D., Belin, L., Bihan, S. L., Stakowski, H., Asselain, B., & Bourillon, M. F. (2011). Difficultés rencontrées lors de la reprise du travail après un cancer du sein. *Bourillon Archives des Maladies Professionnells et de l'Environnement,* 72(6), 585-597.

Averill, J. R., Clore, G. L., Frijda, N. H., Levenson, R. W., Scherer, K. R., Clark, L. A., Watson, D., Ekman, P. & Davidson, R. J. (1994). What is the function of emotions? Dans P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *Series in affective science. The nature of emotion: Fundamental questions* (p. 97-177). New York, NY, US: Oxford University Press.

Awick, E. A., Phillips, S. M., Lloyd, G. R., & McAuley, E. (2017). Physical activity, self-efficacy and self-esteem in breast cancer survivors: a panel model. *Psycho-Oncology*, *26*(10), 1625-1631. https://doi.org/10.1002/pon.4180

Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Conley, S. (1991). Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. *Journal of Organizational Behavior*, *12*(1), 39-53. https://doi.org/10.1002/job.4030120104

Baertschi, M., Flores Alves Dos Santos, J., Tissot, H., Canuto, A., Favez, N., & Weber, K. (2017). Validation française d'une version brève de l'Échelle de satisfaction maritale. *European Review of Applied Psychology*, *67*(4), 207-212. https://doi.org/10.1016/j.erap.2017.05.002

Baider, L., & Kaplan, A. D.-N. (1988). Adjustment to cancer: who is the patient-the husband or the wife? *Israel Journal of Medical Sciences*, *24*(9-10), 631-636.

Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *18*(1), 25-34. https://doi.org/10.1037/h0079949

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. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2012.01335.x

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, *22*(3), 309-328. https://doi.org/10.1108/02683940710733115

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Dollard, M. F. (2008). How job demands affect partners' experience of exhaustion: integrating work-family conflict and crossover theory. *The Journal of Applied Psychology*, *93*(4), 901-911. https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.4.901

Bakker, A. B., & Geurts, S. A. E. (2004). Toward a Dual-Process Model of Work-Home Interference. *Work and Occupations*, *31*(3), 345-366. https://doi.org/10.1177/0730888404266349

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.19

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

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. https://doi.org/10.1023/A:1021743005541

Barber, L. K., & Jenkins, J. S. (2014). Creating technological boundaries to protect bedtime: Examining work–home boundary management, psychological detachment and sleep. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *30*(3), 259-264. https://doi.org/10.1002/smi.2536

Bastianello, M. R., & Hutz, C. S. (2016). Otimismo e suporte social em mulheres com câncer de mama: Uma revisão sistemática. *Psicologia: Teoria e Prática*, *18*(2), 19-33. https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n2p19-33

Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model.*Journal of social and personal relationships*, (3), 355.

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(1), 49-58.

Beja, E. L. J. (2014). Who is happier: Housewife or working wife? *Applied Research in Quality of Life*, *9*(2), 157-77. https://doi.org/10.1007/s11482-013-9235-9

Belghiti-Mahut, S. (2015). Le conflit vie professionnelle/vie privée et la satisfaction : le cas des conjoints de militaires navigants. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, (18), 3-20. https://doi.org/10.3917/rimhe.018.0003

Belin, L., Bourrillon, M.-F., Stakowski, H., Le Bideau, S., Sevellec, M., & Asselain, B. (2010). Répercussions des cancers sur la vie professionnelle : étude réalisée auprès de 402 salariés en Île-de-France. *Revue d'Epidemiologie Et De Sante Publique*, *58, S70*. https://doi.org/10.1016/j.respe.2010.06.079

Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with schronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin*, *133*(6), 920-954. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.6.920

Berger, A. M., Abernethy, A. P., Atkinson, A., Barsevick, A. M., Breitbart, W. S., Cella, D., & Wagner, L. I. (2010). NCCN Clinical Practice Guidelines Cancer-related fatigue. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, *8*(8), 904-931.

Berscheid, E. (2010). Love in the Fourth Dimension. *Annual Review of Psychology*, *61*(1), 1-25. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100318

Beutell, N. J. (2010). Work schedule, work schedule control and satisfaction in relation to work-family conflict, work-family synergy, and domain satisfaction. *The Career Development International*, *15*(5), 501-518. https://doi.org/10.1108/13620431011075358

Bézy, O. (2013). De la vulnérabilité psychique aux risques psychopathologiques dans l'« après-cancer ». *Psycho-Oncologie*, *7*(1), 30-34. https://doi.org/10.1007/s11839-013-0401-y

Bigatti, S. M., Brown, L. F., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2011). Breast cancer in a wife: How husbands cope and how well it works. *Cancer Nursing*, *34*(3), 193-201. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181ef094c

Binnewies, C., Sonnentag, S., & Mojza, E. J. (2009). Daily performance at work: Feeling recovered in the morning as a predictor of day-level job performance. *Journal of Organizational Behavior*, *30*(1), 67-93. https://doi.org/10.1002/job.541

Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale. ». *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, *21*(2), 210-223. https://doi.org/10.1037/h0079854

De 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. https://doi.org/10.1007/s11839-011-0308-4

Bocéréan, C., & Dupret, E. (2014). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry*, *14*, 354. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0354-0

Bodenmann, G. (1995). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology*, *54*(1), 34-49.

Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping: a systemic-transactional view of stress and coping among couples: theory and empirical findings. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *47*, 137-140.

Bodenmann, G., & Shantinath, S. d. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): a new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, (5), 477-484.

Boinon, D., Charles, C., Dauchy, S., & Sultan, S. (2011). Les effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer: Une revue systématique de la littérature. *Psycho-Oncologie*, *5*(3), 173-190. https://doi.org/10.1007/s11839-011-0328-4

Böttcher, H. M., Steimann, M., Rotsch, M., Zurborn, K., Koch, U., & Bergelt, C. (2013). Occupational stress and its association with early retirement and subjective need for occupational rehabilitation in cancer patients. *Psycho-Oncology*, *22*(8), 1807-1814. https://doi.org/10.1002/pon.3224.

Bowling, N. A., Alarcon, G. M., Bragg, C. B., & Hartman, M. J. (2015). A meta-analytic examination of the potential correlates and consequences of workload. *Work & Stress*, *29*(2), 95-113.

Bowling, N. A., & Kirkendall, C. (2012). Workload: A review of causes, consequences, and potential interventions, *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice, 2,* 221-238. https://doi.org/10.1002/9781119942849.ch13

Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Oxford, England: Aldine.

Bradbury, T., Fincham, F., & Beach, S. (2000). Research on the Nature and Determinants of Marital Satisfaction: A Decade in Review. *Journal of Marriage and Family*, *62*, 964-980. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x

Brand, S., Beck, J., Hatzinger, M., Harbaugh, A., Ruch, W., & Holsboer-Trachsler, E. (2010). Associations between satisfaction with life, burnout-related emotional and physical exhaustion, and sleep complaints. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, *11*(5), 744-754. https://doi.org/10.3109/15622971003624205.

Brandão, T., Pedro, J., Nunes, N., Martins, M. V., Costa, M. E., & Matos, P. M. (2017). Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, *26*(12), 2019-2029. https://doi.org/10.1002/pon.4432.

Brandão, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*, *26*(7), 917-926. https://doi.org/10.1002/pon.4230

Bridou, M., & Aguerre, C. (2012). L'anxiété envers la santé : définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *170*(6), 375-381. https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.017

Brodard, F., Charvoz, L., Antonietti, J.-P., Rossier, J., Bodenmann, G., & Snyder, D. K. (2015). Validation de la version française de l'Inventaire de satisfaction conjugale msi-r. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *47*(1), 113-122. https://doi.org/10.1037/a0037589

Brouwer, S., Reneman, M. F., Bültmann, U., van der Klink, J. J. L., & Groothoff, J. W. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: Perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *20*(1), 104-112. https://doi.org/10.1007/s10926-009-9214-z.

Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé - 2e éd.: Concepts, méthodes et modèles* (2e édition). Paris: Dunod.

Bryant, B. K. (1987). Mental health, temperament, family, and friends: Perspectives on children's empathy and social perspective taking. Dans N. Eisenberg, J. Strayer, N. Eisenberg (Ed), *Empathy and its development.* (p. 245-270). New York, NY, US: Cambridge University Press.

Bryant, C. M., & Conger, R. D. (1999). Marital Success and Domains of Social Support in Long-Term Relationships: Does the Influence of Network Members Ever End? *Journal of Marriage and Family*, *61*(2), 437-450. https://doi.org/10.2307/353760

Butler, A. B., Grzywacz, J. G., Bass, B. L., & Linney, K. D. (2005). Extending the demands-control model: A daily diary study of job characteristics, work-family conflict and work-family facilitation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *78*(2), 155-169. https://doi.org/10.1348/096317905X40097

Butterworth, P., & Rodgers, B. (2006). Concordance in the mental health of spouses: analysis of a large national household panel survey. *Psychological Medicine*, *36*(5), 685-697. https://doi.org/10.1017/S0033291705006677

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth : A Clinician's Guide*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781410602268

Camus, G., Berjot, S., Amoura, C., & Forest, J. (2017). Échelle de motivation à (re)travailler: Vers une nouvelle approche de la théorie de l'autodétermination. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *49*(2), 122-132. https://doi.org/10.1037/cbs0000072

Caplan R. D., S. Cobb S. et French J.R.P. (1975). Relationships of Cessation of Smoking with Job Stress, Personality and Social Support. *Journal of Applied Psychology.* 60, 211–219.

Cao, H., Zhou, N., Fang, X., & Fine, M. (2017). Marital well-being and depression in Chinese marriage: Going beyond satisfaction and ruling out critical confounders. *Journal of Family Psychology*, *31*(6), 775-784. https://doi.org/10.1037/fam0000312

Carré, P. (2003). La double dimension de l'apprentissage autodirigé Contribution à une théorie du sujet social apprenant. *Canadian Journal for the Study of Adult Education*, *17*(1), 66-91.

Carrier-Vernhet, A. (2012). Implication organisationnelle et épuisement professionnel : une analyse par la théorie de la conservation des ressources (thèse de doctorat, Université de Grenoble). Récupéré du site : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00770161/document.

Caruana, A., Money, A. H., & Berthon, P. R. (2000). Service Quality and Satisfaction— The Moderating Role of Value. *European Journal of Marketing*, 34, 1338-1352. https://doi.org/10.1108/03090560010764432

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and Self-Regulation: A Control-Theory Approach to Human Behavior*. New York: Springer-Verlag.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). *On the Self-Regulation of Behavior*. Cambridge University Press.

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(2), 375-390. https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.375

Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic Personality and Psychosocial Well-Being During Treatment Predict Psychosocial Well-Being Among Long-Term Survivors of Breast Cancer. *Health Psychology*, *24*(5), 508-516. https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.508

Cavro, É., Bungener, C., & Bioy, A. (2005). Le syndrome de Lazare: Une problématique de la rŕemission. Réflexions autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, *4*(2), 74-79. https://doi.org/10.1007/s10332-005-0059-1

Chambers, S. K., Ng, S. K., Baade, P., Aitken, J. F., Hyde, M. K., Wittert, G. &, Dunn, J. (2017). Trajectories of quality of life, life satisfaction, and psychological adjustment after prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1576-1585. https://doi.org/10.1002/pon.4342

Chassaing, K., & Waser, A.-M. (2010). Travailler autrement. Comment le cancer initie un autre rapport au travail. *Travailler,* 23 (1), 99-136.

Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E., van der Kaap- Deeder, J., & Verstuyf, J. (2014). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion*, *39*, 216-236. https://doi.org/10.1007/s11031-014-9450-1

Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, *70*(7), 741-756. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba

Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T., & Delelis, G. (2009). Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *European Review of Applied Psychology*, *59*, 59-67. https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.07.001

Colby, D. A., & Shifren, K. (2013). Optimism, mental health, and quality of life: A study among breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, *18*(1), 10-20. https://doi.org/10.1080/13548506.2012.686619

Collange, J., Bellighausen, L., Emery, J.-L., Albert, E., & Zenasni, F. (2015). Une échelle de soutien social adaptée au monde professionnel. *Psychologie du Travail et des Organisations*, *21*(4), 322-335. https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30002-4

Cook-Darzens, S. (2005). La thérapie familiale : de la multiplicité à l'intégration. *Pratiques Psychologiques*, *11*, 169-183. https://doi.org/10.1016/j.prps.2005.04.002

Cooke, R. A., & Rousseau, D. M. (1984). Stress and strain from family roles and work-role expectations. *The Journal of Applied Psychology*, *69*(2), 252-260.

Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. P. (2003). Review of Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications. *Personnel Psychology*, *56*(1), 271-273.

Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *20*(3), 176-185.

Cordova, Matthew J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(4), 706-711. https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.4.706

Cotton, P., & Hart, P. M. (2003). Occupational Wellbeing and Performance: A Review of Organisational Health Research. *Australian Psychologist*, *38*(2), 118-127. https://doi.org/10.1080/00050060310001707117

Couper, J., Bloch, S., Love, A., Macvean, M., Duchesne, G. M., & Kissane, D. (2006). Psychosocial Adjustment of Female Partners of Men with Prostate Cancer: A Review of The Literature. *Psycho-Oncology*, *15*(11), 937-953. https://doi.org/10.1002/pon.1031

Creswell, J. D., Lam, S., Stanton, A. L., Taylor, S. E., Bower, J. E., & Sherman, D. K. (2007). Does Self-Affirmation, Cognitive Processing, or Discovery of Meaning Explain Cancer-Related Health Benefits of Expressive Writing? *Personality and Social Psychology Bulletin*, *33*(2), 238-250. https://doi.org/10.1177/0146167206294412

Creusier, J. (2013). *Clarification Conceptuelle du Bien-Être au Travail*. Rochester, NY: Social Science Research Network.

Cropley, M., & Purvis, L. J. M. (2003). Job strain and rumination about work issues during leisure time: A diary study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *12*(3), 195-207. https://doi.org/10.1080/13594320344000093

Dagenais-Desmarais, V. (2010). Du bien-être psychologique au travail : fondements théoriques, conceptualisation et instrumentation du construit. (thèse de doctorat, Université de Montréal). Récupé sur le site : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/3916

Dagenais-Desmarais, V., & Privé, C. (2010). Comment améliorer le bien-être psychologique au travail?, How can companies improve psychological well-being at work? *Gestion*, *35*(3), 69-77. https://doi.org/10.3917/riges.353.0069

Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2012). What is Psychological Well-Being, Really? A Grassroots Approach from the Organizational Sciences. *Journal of Happiness Studies*, *13*(4), 659-684. https://doi.org/10.1007/s10902-011-9285-3.

Daniels, K. (2000). Measures of five aspects of affective well-being at work. *Human Relations*, *53*, 275-294. https://doi.org/10.1177/a010564.

Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and Well-Being in the Workplace: A Review and Synthesis of the Literature. *Journal of Management*, *25*(3), 357-384. https://doi.org/10.1177/014920639902500305

Davis, M. H. (1983). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *Journal of Personality*, *51*(2), 167-184.

Davis, M. H. (1994). *Empathy a social psychological approach*. Boulder, Colo.

De 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. https://doi.org/10.1007/s11839-011-0308-4

de Croon, E. M., Sluiter, J. K., Blonk, R. W. B., Broersen, J. P. J., & Frings-Dresen, M. H. W. (2004). Stressful Work, Psychological Job Strain, and Turnover: A 2-Year Prospective Cohort Study of Truck Drivers. *Journal of Applied Psychology*, *89*(3), 442-454. https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.3.442

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « What » and « Why » of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology*, *49*(1), 24-34. https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.24

Dehle, C., & Weiss, R. L. (2002). Associations Between Anxiety and Marital Adjustment. *The Journal of Psychology*, *136*(3), 328-338. https://doi.org/10.1080/00223980209604160

Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S., & Desombre, C. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bulletin de psychologie*, *515*(5), 471-479. https://doi.org/10.3917/bupsy.515.0471

Deme, S., & Lourel, M. (2018). Soutiens, sentiment d'efficacité personnelle et interface travail-famille. Une étude chez les professionnels de soins. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 24(2), 179-202. https://doi.org/10.1016/j.pto.2018.03.001

Demerouti E., Bakker A. B., Nachreiner F., & Schaufeli W. B. (2001). The job demands resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.

Demerouti, E., Bakker, A. B., & Bulters, A. J. (2004). The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: Reciprocal relations in a three-wave study. *Journal of Vocational Behavior*, *64*(1), 131-149. https://doi.org/10.1016/S0001-8791(03)00030-7

Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *The Career Development International*, *14*(1), 50-68. https://doi.org/10.1108/13620430910933574

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Diener, Ed. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*(3), 542-575. https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542.

Diener, Ed, Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.

Diener, Ed, Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276-302. https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276.

Dinkel, A., & Balck, F. (2005). An evaluation of the german relationship assessment scale. *Swiss Journal of Psychology*, *64*(4), 259-263. https://doi.org/10.1024/1421-0185.64.4.259.

Dinis, A., Gouveia, J. P., & Xavier, A. (2011). Estudo das Características Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala de Expressivida de Emocional. *Psychologica*, 54, 111-137.

Dobbs, J. L., Sloan, D. M., & Karpinski, A. (2007). A psychometric investigation of two self-report measures of emotional expressivity. *Personality and Individual Differences*, *43*(4), 693-702. https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.010.

Dolbeault, S., Dauchy, S., Brédart, A., & Guex, P. (2007). *La psycho-oncologie*. Montrouge: John Libbey Eurotext.

Dorros, S. M., Card, N. A., Segrin, C., & Badger, T. A. (2010). Interdependence in Women with Breast Cancer and their Partners: An Inter-Individual Model of Distress. *Journal of consulting and clinical psychology*, *78*(1), 121‑125. https://doi.org/10.1037/a0017724

Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Mâsse, B., Falardeau, M., Robidoux, A., Deschênes, L., & Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *23*(15), 3588-3596. https://doi.org/10.1200/JCO.2005.01.628

Dose, É., Desrumaux, P., Sovet, L., & De Bosscher, S. (2018). Succès de carrière et bien-être psychologique au travail des conseiller-e-s de l'accompagnement professionnel : rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie du Travail et des Organisations*, *24*(1), 86-107. https://doi.org/10.1016/j.pto.2017.05.002.

Duijts, S. F. A., Bleiker, E. M. A., Paalman, C. H., & Beek, A. J. van der. (2017). A behavioural approach in the development of work-related interventions for cancer survivors: an exploratory review. *European Journal of Cancer Care*, *26*(5), 25-45. https://doi.org/10.1111/ecc.12545

Duijts, Saskia 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. https://doi.org/10.1002/pon.3467

Dumas, M. (2008). *Vie personnelle et vie professionnelle: vers un nouvel équilibre dans l'entreprise ?* (1re éd.). Editions EMS.

Dumitra, S., Jones, V., Rodriguez, J., Bitz, C., Polamero, E., Loscalzo, M., Kruper, L., & Warner, S. G. (2018). Disparities in managing emotions when facing a diagnosis of breast cancer: Results of screening program of couples distress. *Surgery*, *164*(1), 86-90. https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.11.022.

Dumont, M., Schwarzer, R., et Jerusalem, M. (2000). French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. Récupéré en 2015 sur le site : http://userpage.fu-berlin.de/~health/french.htm

Dupuis G, Taillefer M, Etienne A-M, et al. Measurement of quality of life in cardiac rehabilitation. In Jobin J, Maltais F, LeBlanc C, et al. editors. *Advances in cardio pulmonary rehabilitation*. Champaign, IL: Human Kinetics; 2000.

Duprez, C., Vanlemmens, L., Untas, A., Antoine, P., Lesur, A., Loustalot, C., & Christophe, V. (2017). Emotional distress and subjective impact of the disease in young women with breast cancer and their spouses. *Future Oncology (London, England)*, *13*(29), 2667-2680. https://doi.org/10.2217/fon-2017-0264.

Duxbury, L., Higgins, C., & Canadian Policy Research Networks. (2001). *Work-life balance in the new millennium: Where are we? : where do we need to go?*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.

Eisenberg, N., & Strayer, J. (1987). Critical issues in the study of empathy. Dans N. Eisenberg, & J. Strayer (Eds.), Empathy and its development (p. 3-13). Cambridge: Cambridge University Press.

Encha-Razavi, F., & Escudier, E. (2012). *Anatomie et histologie de l'appareil reproducteur et du sein : organogenèse, tératogenèse*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier, Masson.

Erdogan, B., Bauer, T., Truxillo, D., & R. Mansfield, L. (2012). Whistle While You Work : A Review of the Life Satisfaction Literature. *Journal of Management*, *38*, 1038-1083. https://doi.org/10.1177/0149206311429379

Ernst Kossek, E., & Ozeki, C. (1998). Work–family conflict, policies, and the job–life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior–human resources research. *Journal of Applied Psychology*, *83*(2), 139-149. https://doi.org/10.1037/0021-9010.83.2.139

Etzion, D., Eden, D., & Lapidot, Y. (1998). Relief from job stressors and burnout: Reserve service as a respite. *Journal of Applied Psychology*, *83*(4), 577-585. https://doi.org/10.1037/0021-9010.83.4.577

Eyüp Çelik. (2014). Adaptation of Relationship Assessment Scale to Turkish Culture: Study of Validity and Reliability. *International Journal of Psychology and Educational Studies , (1), 1-7*. https://doi.org/10.17220/ijpes.2014.01.001

Falconier, M. K., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *42*, 28-46. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.002

Fang, S.-Y., Chang, H.-T., & Shu, B.-C. (2015). The moderating effect of perceived partner empathy on body image and depression among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *24*(12), 1815-1822. https://doi.org/10.1002/pon.3868

Fergus, K. D., & Gray, R. E. (2009). Relationship vulnerabilities during breast cancer: patient and partner perspectives. *Psycho-Oncology*, *18*(12), 1311-1322. https://doi.org/10.1002/pon.1555

Ferrell, B., Ervin, K., Smith, S., Marek, T., & Melancon, C. (2002). Family perspectives of ovarian cancer. *Cancer Practice*, *10*(6), 269-276.

Feuerhahn, N., Sonnentag, S., & Woll, A. (2014). Exercise after work, psychological mediators, and affect: A day-level study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *23*(1), 62-79. https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.709965

Figueiredo, M. I., Fries, E., & Ingram, K. M. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, *13*(2), 96-105. https://doi.org/10.1002/pon.717

Fincham, F. D., Beach, S. R. H., Harold, G. T., & Osborne, L. N. (1997). Martial Satisfaction and Depression: Different Causal Relationships for Men and Women? *Psychological Science Cambridge*, (5), 351-357.

Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé - 2e éd.* (2e édition). Paris: Dunod.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20-35. https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20

Fonseca, S., Lencastre, L., & Guerra, M. (2014). Life satisfaction in women with breast cancer. *Paidéia*, *24*(59), 295-303. https://doi.org/10.1590/1982-43272459201403

Fournier, P.S., Montreuil, S., Brun, J.P., Bilodeau, C. & Villa, J. (2010). *Étude exploratoire des facteurs de la charge de travail ayant un impact sur la santé et la sécurité : Étude de cas dans le secteur des services* (Rapport No. R-668). Montréal, Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Franche, R.-L., & Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *12*(4), 233-256.

Fritz, C., Yankelevich, M., Zarubin, A., & Barger, P. (2010). Happy, healthy, and productive: The role of detachment from work during nonwork time. *Journal of Applied Psychology*, *95*(5), 977-983. https://doi.org/10.1037/a0019462

Frone, M. R., Yardley, J. K., & Markel, K. S. (1997). Developing and Testing an Integrative Model of the Work–Family Interface. *Journal of Vocational Behavior*, *50*(2), 145-167. https://doi.org/10.1006/jvbe.1996.1577

Fugl-Meyer, A. R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: In relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of rehabilitation medicine*, (5), 239-246.

Fugl-Meyer, K. S. (2016). A medical social work perspective on rehabilitation. *Journal Of Rehabilitation Medicine*, *48*(9), 758-763. https://doi.org/10.2340/16501977-2146

Gable, S., & Poore, J. (2008). Which Thoughts Count? Algorithms for Evaluating Satisfaction in Relationships. *Psychological science*, *19*, 1030-1036. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02195.x

Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., & Asher, E. R. (2004). What Do You Do When Things Go Right? The Intrapersonal and Interpersonal Benefits of Sharing Positive Events. *Journal of Personality and Social Psychology*, *87*(2), 228-245. https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.2.228

Gana, K., Saada, Y., Broc, G., Koleck, M., & Untas, A. (2017). Dyadic cross-sectional associations between depressive mood, relationship satisfaction, and common dyadic coping. *Marriage & Family Review, 53*(6), 532-555. http://dx.doi.org/10.1080/01494929.2016.1247759

Gangloff, B., & Malleh, N. (2017). L'optimisme comme norme organisationnelle. *Psychologie du Travail et des Organisations*, *23*(3), 197-211. https://doi.org/10.1016/j.pto.2017.05.001

Ganster, D. C., Fox, M. L., & Dwyer, D. J. (2001). Explaining employees' health care costs: A prospective examination of stressful job demands, personal control, and physiological reactivity. *Journal of Applied Psychology*, *86*(5), 954-964. https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.5.954

Gao, Y., Shi, J., Niu, Q., & Wang, L. (2013). Work–Family Conflict and Job Satisfaction: Emotional Intelligence as a Moderator. *Stress and Health*, *29*(3), 222-228. https://doi.org/10.1002/smi.2451

Garrosa-Hernández, E., Carmona-Cobo, I., Ladstätter, F., Blanco, L. M., & Cooper-Thomas, H. D. (2013). The relationships between family-work interaction, job-related exhaustion, detachment, and meaning in life: A day-level study of emotional well-being. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, *29*(3), 169-177. https://doi.org/10.5093/tr2013a23

Geurts, S., Rutte, C., & Peeters, M. (1999). Antecedents and consequences of work–home interference among medical residents. *Social Science & Medicine*, *48*(9), 1135-1148. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00425-0

Gignac, M. A. M., Lacaille, D., Beaton, D. E., Backman, C. L., Cao, X., & Badley, E. M. (2014). Striking a Balance: Work-Health-Personal Life Conflict in Women and Men with Arthritis and its Association with Work Outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *24*(3), 573-584. https://doi.org/10.1007/s10926-013-9490-5

Gilbert, M.-H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *61*(4), 195-203. https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.09.001

Gillet, N., Fouquereau, E., Lequeurre, J., Bigot, L., & Mokounkolo, R. (2012). Validation d'une Échelle de Frustration des Besoins Psychologiques au Travail (EFBPT) (p. 328). Présenté à Psychologie du travail et des organisations, Elsevier Science B.V. Amsterdam

Gillett, C. B., Bilek, E. L., Hanna, G. L., & Fitzgerald, K. D. (2018). Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. *Clinical Psychology Review*, *60*, 100-108. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.01.007

Gmelch, S., Bodenmann, G., Meuwly, N., Ledermann, T., Steffen-Sozinova, O., & Striegl, K. (2008). Dyadic Coping Inventory (DCI): A questionnaire assessing dyadic coping in couples. *Zeitschrift fur Familienforschung*, *20*, 185-202.

Goh, Z., Ilies, R., & Wilson, K. S. (2015). Supportive supervisors improve employees' daily lives: The role supervisors play in the impact of daily workload on life satisfaction via work–family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, *89*, 65-73. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2015.04.009

Gollac, M. (2005). L'intensité du travail, Abstract. *Revue économique*, *56*(2), 195-216. https://doi.org/10.3917/reco.562.0195

González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Mota-Alonso, M. J., García-Teijido, P., Pedrosa, I., & Pérez-Álvarez, M. (2017). Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, *30*, 75-83. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.006

Graham, J. M., Diebels, K. J., & Barnow, Z. B. (2011). The reliability of relationship satisfaction: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, *25*(1), 39-48. https://doi.org/10.1037/a0022441

Grant-Vallone, E. J., & Ensher, E. A. (2001). An examination of work and personal life conflict, organizational support and employee health among international expatriates. *International Journal of Intercultural Relations*, *25*(3), 261-278. https://doi.org/10.1016/S0147-1767(01)00003-7

Graves, K. D. (2003). Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: a meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *22*(2), 210-219.

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(1), 224-237. https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281-291. https://doi.org/10.1017.S0048577201393198

Gross, J. J., & John, O. P. (1995). Facets of emotional Expressivity: Three self-report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences*, *19*(4), 555-568. https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00055-B

Gross, J. J., & John, O. P. (1998). Mapping the domain of expressivity: Multimethod evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(1), 170-191. https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.170.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, (2), 348.

Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *2*(2), 151-164. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x

Guelfi, J.-D., Consoli, S., Boyer, P., & Olivier-Martin, R. (1993). *Psychiatrie* (8e édition). Paris : Presses Universitaires de France - PUF.

Guillevic, C., & Chiva, M. (2005). *Psychologie du travail.* Paris : A. Colin.

Guittard, M. (2014). *Facteurs influençant le retour au travail et le maintien en emploi après un cancer du sein* (thèse d'exercice. Université d'Angers, France). Récupéré sur le site : http://dune.univ-angers.fr/documents/dune2996

Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J., & Hietanen, P. (2012). Predictors of distress in cancer patients and their partners: the role of optimism in the sense of coherence construct. *Psychology & Health*, *27*(2), 178-195. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.484064

Gutek, B. A., Searle, S., & Klepa, L. (1991). Rational versus gender role explanations for work-family conflict. *Journal of Applied Psychology*, *76*(4), 560-568. https://doi.org/10.1037/0021-9010.76.4.560.

Haar, J. M., & Roche, M. A. (2010). Family supportive organization perceptions and employee outcomes: The mediating effects of life satisfaction. *The International Journal of Human Resource Management*, *21*(7), 999-1014. https://doi.org/10.1080/09585191003783462.

Hafner, R. J., Rogers, J., & Watts, J. M. (1990). Psychological status before and after gastric restriction as predictors of weight loss in the morbidly obese. *Journal of Psychosomatic Research*, *34*(3), 295-302.

Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, *134*(1), 1-30. https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.1.

Hahn, V. C., & Dormann, C. (2013). The role of partners and children for employees' psychological detachment from work and well-being. *Journal of Applied Psychology*, *98*(1), 26-36. https://doi.org/10.1037/a0030650.

Halberstadt, A. G., Cassidy, J., Stifter, C. A., Parke, R. D., & Fox, N. A. (1995). Self-expressiveness within the family context: Psychometric support for a new measure. *Psychological Assessment, 7*(1), 93-103. http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.7.1.93.

Halbesleben, J. R. B. (2011). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, *96*(1), 182-182. https://doi.org/10.1037/a0021982.

Halbesleben, J. R. B., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*, *30*(6), 859-879. https://doi.org/10.1016/j.jm.2004.06.004.

Hammer, L., Allen, E., & Grigsby, T. (1997). Work–Family Conflict in Dual-Earner Couples: Within-Individual and Crossover Effects of Work and Family. *Journal of Vocational Behavior*, *50*, 185-203. https://doi.org/10.1006/jvbe.1996.1557.

Harrow, A., Wells, M., Barbour, R. S., & Cable, S. (2008). Ambiguity and uncertainty: The ongoing concerns of male partners of women treated for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, *12*(4), 349-356. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.04.009

Hartig, T., Kylin, C., & Johansson, G. (2007). The telework trade off: Stress mitigation vs. constrained restoration. *Applied Psychology: An International Review*, *56*(2), 231-253. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00252.x.

Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1993). Emotional Contagion. *Current Directions in Psychological Science*, *2*(3), 96-100. https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770953

Hayes, A. F., & Preacher, K. J. (2014). Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, *67*(3), 451-470. https://doi.org/10.1111/bmsp.12028

Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *23*(1), 3-15. https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.1.3

Heller, D., Watson, D., & Hies, R. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: a critical examination. *Psychological Bulletin*, *130*(4), 574-600. https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.574

Hermelink, K., Untch, M., Lux, M. P., Kreienberg, R., Beck, T., Bauerfeind, I., & Münzel, K. (2007). Cognitive function during neoadjuvant chemotherapy for breast cancer: results of a prospective, multicenter, longitudinal study. *Cancer*, *109*(9), 1905-1913. https://doi.org/10.1002/cncr.22610

Hernandez, J. A. E. (2014). Evidências de validade da Escala de Avaliação do Relacionamento. = Validity evidences the Relationship Assessment Scale. *Estudos de Psicologia*, *31*(3), 327-336.

Heutte, J. (2011). *La part du collectif dans la motivation et son impact sur le bien-être comme médiateur de la réussite des étudiants : Complémentarités et contributions entre l'autodétermination, l'auto-efficacité et l'autotélisme* (these de doctorat, Paris 10). Consulté à l'adresse http://www.theses.fr/2011PA100043

Hinnen, C., Hagedoorn, M., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2008). Relationship satisfaction in women: A longitudinal case-control study about the role of breast cancer, personal assertiveness, and partners' relationship-focused coping. *British Journal of Health Psychology*, *13*(4), 737-754. https://doi.org/10.1348/135910707X252431

Ho, R. T. H., Chan, C. L. W., & Ho, S. M. Y. (s. d.). Emotional control in Chinese female cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *13*(11), 808-817. https://doi.org/10.1002/pon.799

Ho, S. S. M., So, W. K. W., Leung, D. Y. P., Lai, E. T. L., & Chan, C. W. H. (2013). Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: A comparative evaluation. *European Journal of Oncology Nursing*, *17*(6), 877-882. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.04.005

Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community*. New York: Plenum Press.

Hobfoll, S. E. (2001). The Influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied psychology*, (3), 337-370.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44*(3), 513-524. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513

Hobfoll S.E. Vinokur A.D., Pierce P.F et Lewandowski-Romps L. (2012). The Combined Stress of Family Life, Work, and War in Air Force Men and Women: A Test of Conservation of Resources Theory*. International Journal of Stress Management*, 19 (3), 217-237.

Hodges, K., & Winstanley, S. (2012). Effects of optimism, social support, fighting spirit, cancer worry and internal health locus of control on positive affect in cancer survivors: À path analysis. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *28*(5), 408-415. https://doi.org/10.1002/smi.2471

Holland, J., & Lewis, S. (2001). *The Human Side of Cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty* (Reprint). New York: Harper Perennial.

Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometä, E., Kalimo, R., Nykyri, E. & Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population--Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(1), 59-66. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.002

Huijs, J. J. J. M., Koppes, L. L. J., Taris, T. W., & Blonk, R. W. B. (2012). Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *22*(3), 301-311. https://doi.org/10.1007/s10926-011-9351-z

Huijs, J. J. J. M., Koppes, L. L. J., Taris, T. W., & Blonk, R. W. B. (2017). Work Characteristics and Return to Work in Long-Term Sick-Listed Employees with Depressive Symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *27*(4), 612-622. https://doi.org/10.1007/s10926-017-9696-z

INCa. (2014). *La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer* (Collection Etudes et enquêtes).

INCa. (2018). *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer* (Collection Etudes et enquêtes).

Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005). Anxiety, Emotional Suppression, and Psychological Distress Before and After Breast Cancer Diagnosis. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, *46*(1), 19-24. https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.1.19

Jackson, A. P. (1993). Black, single, working mothers in poverty: Preferences for employment, well-being, and perceptions of preschool-age children. *Social Work*, *38*(1), 26-34.

Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. Dans R. Schwarzer & R. Schwarzer (Éd.), *Self-efficacy : Thought control of action.* (p. 195-213). Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp.

John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, *72*(6), 1301-1333. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x

Johnsson, A., Fornander, T., Rutqvist, L.-E., & Olsson, M. (2011). Work status and life changes in the first year after breast cancer diagnosis. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, *38*(4), 337-346.

Jones, J. M., Cheng, T., Jackman, M., Rodin, G., Walton, T., & Catton, P. (2010). Self-efficacy, perceived preparedness, and psychological distress in women completing primary treatment for breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *28*(3), 269-290. https://doi.org/10.1080/07347331003678352

Jones, M. D. (2006). Which is a better predictor of job performance: Job satisfaction or life satisfaction. *Journal of Behavioral and Applied Management*, *8*(1), 20-42.

Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(3), 693-710.

Kahn, R. L., & Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. Dans M. D. Dunnette, L. M. Hough, M. D. Dunnette (Ed), & L. M. Hough (Ed), *Handbook of industrial and organizational psychology.* (p. 571-650). Palo Alto, CA, US: Consulting Psychologists Press.

Kaptein, S. A., Backman, C. L., Badley, E. M., Lacaille, D., Beaton, D. E., Hofstetter, C., & Gignac, M. A. M. (2013). Choosing where to put your energy: a qualitative analysis of the role of physical activity in the lives of working adults with arthritis. *Arthritis Care & Research*, *65*(7), 1070-1076. https://doi.org/10.1002/acr.21957

Karademas, E. C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, *43*(2), 277-287. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.031

Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin, 118,* 3-34.

Keesig, S., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2016). A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship. *BMC Women's Health*, *16*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s12905-016-0337-z

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. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x

Kennedy-Moore, E., & Watson, J. C. (1999). *Expressing emotion : Myths, realities, and therapeutic strategies*. New York, NY, US: Guilford Press.

Kenrick, D. T., Griskevicius, V., Neuberg, S. L., & Schaller, M. (2010). Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, *5*(3), 292-314. https://doi.org/10.1177/1745691610369469

Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. Dans *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (p. 293-312). Washington, DC, US: American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10594-013.

Keyes, C. L. M. (2005). Une conception élargie de la santé mentale. *Revue Québécoise de Psychologie*, *26*(1), 145-163.

Kimmel, F., & Séailles, M. (2014). Utilité d'une prise en charge psychologique et sociale dans les problématiques de retour à l'emploi après un cancer. *Psycho-Oncologie*, *8*(3), 153-156. https://doi.org/10.1007/s11839-014-0467-1

Kiziah, J. E. (2004). *Job satisfaction vs.work fulfillment: Exploring positive experience at work*. ProQuest Information & Learning, US.

Kline, R. B. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling, Third Edition* (3rd edition). New York: The Guilford Press.

Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F., & Hantzi, A. (2018). The Role of Optimism, Social Constraints, Coping, and Cognitive Processing in Psychosocial Adjustment Among Breast Cancer Survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(7) 1-11. https://doi.org/10.1007/s10880-018-9555-x

Korabik, K., McElwain, A., & Chappell, D. B. (2008). Integrating gender-related issues into research on work and family. Dans K. Korabik, D. S. Lero, & D. L. Whitehead (Eds), Handbook.

Kring, A. M., Smith, D. A., & Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*(5), 934-949.

Laguardia, J., & Ryan, R. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : Théorie de l'Autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2), 281-304.

Lahin, N. H., Batigün, A. D., & Lahin, N. (1998). Reasons for living and their protective value: A Turkish sample. *Archives of Suicide Research*, *4*(2), 157-168. https://doi.org/10.1080/13811119808260445

Laird, J. D. (1974). Self-attribution of emotion: The effects of expressive behavior on the quality of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, *29*(4), 475-486. https://doi.org/10.1037/h0036125

Langer, S. L., Yi, J. C., Storer, B. E., & Syrjala, K. L. (2010). Marital adjustment, satisfaction and dissolution among hematopoietic stem cell transplant patients and spouses: A prospective, five-year longitudinal investigation. *Psycho-Oncology*, *19*(2), 190-200. https://doi.org/10.1002/pon.1542

Lapalus, P., Bousquet, G., & Paquet, C. (2014). Chapitre 1. L'impact de la chimiothérapie adjuvante sur la cognition de patientes traitées pour un cancer du sein. Dans *Neuropsychologie et santé* (p11-30). Paris : Dunod.

Laurenceau, J.-P., Barrett, L. F., & Rovine, M. J. (2005). The Interpersonal Process Model of Intimacy in Marriage: A Daily-Diary and Multilevel Modeling Approach. *Journal of Family Psychology*, *19*(2), 314-323. https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.314

Laurent, K., De Seze, M.-P., Delleci, C., Koleck, M., Dehail, P., Orgogozo, J.-M., & Mazaux, J.-M. (2011). Assessment of quality of life in stroke patients with hemiplegia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, (6), 376-390.

Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York, Springer.

Lazarus, R. S., Kanner, A. D., & Folkman, S. (1980). Chapitre 8 - Emotions : a cognitive phénomenological analysis. Dans R. Plutchik & H. Kellerman (Éd.), *Theories of Emotion* (189-217). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-558701-3.50014-4

Le Coroller-Soriano, A. G., Malavolti, L., & Mermilliot., C. (2004). *La vie deux ans parès le diagnostic de cancer.* Récupéré du site https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vie_deux_ans_apres_cancer_2008.pdf.

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. https://doi.org/10.1007/s10926-016-9685-7

Leone, N., Voirin, N., Roche, L., Binder-Foucard, F., Woronoff, A.-S., Delafosse, P., & Uhry,Z. (2015). *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaineen 2015. Rapport technique.* Institut de veille sanitaire.

Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *17*(1), 89-106. https://doi.org/10.1521/jscp.1998.17.1.89

Lethborg, C. E., Kissane, D., & Burns, W. I. (2003). « It's not the easy part »: the experience of significant others of women with early stage breast cancer, at treatment completion. *Social Work in Health Care*, *37*(1), 63-85. https://doi.org/10.1300/J010v37n01_04

Li, Q., & Loke, A. Y. (2014). A systematic review of spousal couple-based intervention studies for couples coping with cancer: direction for the development of interventions. *Psycho-Oncology*, *23*(7), 731-739. https://doi.org/10.1002/pon.3535

Lichtman, R. R., Taylor, S. E., & Wood, J. V. (1987). Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *5*(3), 47-74. https://doi.org/10.1300/J077v05n03_03

Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 24,* 16-26.

Lourel, M., Gana, K., & Wawrzyniak, S. (2005). L'interface « vie privée-vie au travail »: Adaptation et validation française de l'échelle SWING. *Psychologie du Travail et des Organisations*, *11*(4), 227-239. https://doi.org/10.1016/j.pto.2005.10.003

Lourel, M. & Gueguen, N. (2007). L'interface "vie privée – vie au travail". Effets sur l'implication organisationnelle et sur le stress perçu. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *Numéro 74*(2), 49-58. https://doi.org/10.3917/cips.074.0049

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, *40*(2), 80-89. https://doi.org/10.1080/00207590444000041

Maass, S. W. M. C., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F. M., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, *82*(1), 100-108. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.010

Mackenzie, C. R. (2014a). 'It is hard for mums to put themselves first': How mothers diagnosed with breast cancer manage the sociological boundaries between paid work, family and caring for the self. *Social Science & Medicine*, *117*, 96-106. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.043

Mackenzie, C. R. (2014b). 'It is hard for mums to put themselves first': How mothers diagnosed with breast cancer manage the sociological boundaries between paid work, family and caring for the self. *Social Science & Medicine*, *117*, 96-106. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.043

Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, *112*(11), 2541-2555. https://doi.org/10.1002/cncr.23450

Manne, S. L. (1999). Intrusive thoughts and psychological distress among cancer patients: The role of spouse avoidance and criticism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(4), 539-546. https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.539

Manne, S. L., Norton, T. R., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K., & Grana, G. (2007). Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, *21*(3), 380-388. https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.380

Manne, S., Sherman, M., Ross, S., Ostroff, J., Heyman, R. E., & Fox, K. (2004). Couples' Support-Related Communication, Psychological Distress, and Relationship Satisfaction Among Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(4), 660-670. https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.660

Martin-Krumm, C. (2012). L'optimisme : une analyse synthétique, Abstract. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *93*(1), 103-133. https://doi.org/10.3917/cips.093.0103

Maslach C. et Jackson S. E., (1981). The measurement of experienced burnout, *Journal of Organizational Behavior,* 2(2), 99-113.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory* (2nd ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*, 397-422. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397

Maslach, Christina. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, *12*(5), 189-192. https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, *50*(4), 370-396. https://doi.org/10.1037/h0054346

Matthews, L. S., Conger, R. D., & Wickrama, K. A. S. (1996). Work-Family Conflict and Marital Quality: Mediating Processes. *Social Psychology Quarterly*, *59*(1), 62-79. https://doi.org/10.2307/2787119

Matthews, R. A., & Barnes-Farrell, J. L. (2010). Development and initial evaluation of an enhanced measure of boundary flexibility for the work and family domains. *Journal of Occupational Health Psychology*, *15*(3), 330-346. https://doi.org/10.1037/a0019302

Matthews, R. A., Bulger, C. A., & Barnes-Farrell, J. L. (2010). Work social supports, role stressors, and work–family conflict: The moderating effect of age. *Journal of Vocational Behavior*, *76*(1), 78-90. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.06.011

Matthews, R. A., Del Priore, R. E., Acitelli, L. K., & Barnes-Farrell, J. L. (2006). Work-to-relationship conflict: Crossover effects in dual-earner couples. *Journal of Occupational Health Psychology*, *11*(3), 228-240. https://doi.org/10.1037/1076-8998.11.3.228

Matthews, R. A., Wayne, J. H., & Ford, M. T. (2014). A work–family conflict/subjective well-being process model: A test of competing theories of longitudinal effects. *Journal of Applied Psychology*, *99*(6), 1173-1187. https://doi.org/10.1037/a0036674

Mcallister, S., Thornock, C., Hammond, J., Holmes, E., & Hill, E. (2012). The Influence of Couple Emotional Intimacy on Job Perceptions and Work–Family Conflict. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 40(4), 330-347. https://doi.org/10.1111/j.1552-3934.2012.02115.x

McElwain, A. K., Korabik, K., & Rosin, H. M. (2005). An examination of gender differences in work-family conflict. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *37*(4), 283-298. https://doi.org/10.1037/h0087263

McGonagle, A. K., & Barnes-Farrell, J. L. (2014). Chronic illness in the workplace: stigma, identity threat and strain. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *30*(4), 310-321. https://doi.org/10.1002/smi.2518

McGonagle, A. K., Beatty, J. E., & Joffe, R. (2014). Coaching for workers with chronic illness: evaluating an intervention. *Journal of Occupational Health Psychology*, *19*(3), 385-398. https://doi.org/10.1037/a0036601

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(8), 1027-1035. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006

Méda, D. (2000). *Qu'est-ce que la richesse ?* Paris: Flammarion.

Meijman, T. F. (1998). Psychological Aspects of Workload. Dans P. J. D. Drenth, H. Thierry, & C. J. de Wolff (Eds.), *New Handbook of Work and Organizational Psychology: volume 2: Work Psychology* (5 - 34). Hove, UK: Psychology Press.

Mesmer-Magnus, J. R., & Viswesvaran, C. (2005). Whistleblowing in Organizations: An Examination of Correlates of Whistleblowing Intentions, Actions, and Retaliation. *Journal of Business Ethics*, (3), 277-297. https://doi.org/10.1007/s10551-005-0849-1.

Meyer, T., & Verlhiac, J.-F. (2004). Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ? *Savoirs*, *Hors série*(5), 117-134. https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0117

Milbury, K., & Badr, H. (2013). Sexual problems, communication patterns, and depressive symptoms in couples coping with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, *22*(4), 814-822. https://doi.org/10.1002/pon.3079

Millar, K., Purushotham, A. D., McLatchie, E., George, W. D., & Murray, G. D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(4), 335-342. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.10.005

Miller, R. B., Mason, T. M., Canlas, J. M., Wang, D., Nelson, D. A., & Hart, C. H. (2013). Marital satisfaction and depressive symptoms in China. *Journal of Family Psychology*, *27*(4), 677-682. https://doi.org/10.1037/a0033333

Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, *14*(8), 721-732. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70244-4

Molina, R., & Feliu, J. (2013). The return to work of cancer survivors: the experience in Spain. *Work (Reading, Mass.)*, *46*(4), 417-422. https://doi.org/10.3233/WOR-131677

Moral de la Rubia, J. (2008). Validación de la escala de valoracion de la relacion en una muestra mexicana. *REMA, ISSN 1135-6855,*13(1), 1-13.

Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2013). Psychosocial adjustment and marital intimacy among partners of patients with breast cancer: a comparison study with partners of healthy women. *Journal of Psychosocial Oncology*, *31*(3), 282-304. https://doi.org/10.1080/07347332.2013.778934

Moreno-Jiménez, B., Mayo, M., Sanz-Vergel, A. I., Geurts, S., Rodríguez-Muñoz, A., & Garrosa, E. (2009). Effects of work–family conflict on employees' well-being: The moderating role of recovery strategies. *Journal of Occupational Health Psychology*, *14*(4), 427-440. https://doi.org/10.1037/a0016739

Muller, R., Peter, C., Cieza, A., & Geyh, S. (2012). The role of social support and social skills in people with spinal cord injury—a systematic review of the literature. *Spinal Cord*, 50(2), 94-106.

Munir, F., Yarker, J., & Haslam, C. (2008). Sickness absence management: encouraging attendance or « risk-taking » presenteeism in employees with chronic illness? *Disability and Rehabilitation*, *30*(19), 1461-1472.

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Panagiotou, I., Theodorakis, P. N., Galanos, A., & Gouliamos, A. (2015). Self-Efficacy and Its Relationship to Posttraumatic Stress Symptoms and Posttraumatic Growth in Cancer Patients. *Journal of Loss and Trauma*, *20*(2), 160-170. https://doi.org/10.1080/15325024.2013.838892

Neff, L. A., & Karney, B. R. (2007). Stress Crossover in Newlywed Marriage: A Longitudinal and Dyadic Perspective. *Journal of Marriage and Family*, *69*(3), 594-607. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00394.x

Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work–family conflict and family–work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, *81*(4), 400-410. https://doi.org/10.1037/0021-9010.81.4.400

Neveu, J.-P. (2007). Jailed Resources: Conservation of Resources Theory as Applied to Burnout Among Prison Guards. *Journal of Organizational Behavior*, *28*(1), 21-42. https://doi.org/10.1002/job.393

Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., van Dijk, F. J. H., & van der Klink, J. J. (2013). Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *23*(2), 290-299. https://doi.org/10.1007/s10926-012-9389-6

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. https://doi.org/10.1002/pon.3192

Nixon, A., Mazzola, J., Bauer, J., Krueger, J., & Spector, P. (2011). Can work make you sick? A meta-analysis of the relationships between job stressors and physical symptoms. *Work and stress*, 25(1), 1-22.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(4), 569-582. https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569

Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, *45*(1), 141-151. https://doi.org/10.2307/351302

Notari, S. C., Notari, L., Favez, N., Delaloye, J.-F., & Ghisletta, P. (2015). The protective effect of a satisfying romantic relationship on women's body image after breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, *26*(6), 836-842. https://doi.org/10.1002/pon.4238

Oktay, J. S., Bellin, M. H., Scarvalone, S., Appling, S., & Helzlsouer, K. J. (2011). Managing the impact of posttreatment fatigue on the family: breast cancer survivors share their experiences. *Families, Systems & Health*, 29(2), 127-137.

Olsson, M., Nilsson, M., Fugl-Meyer, K., Petersson, L.-M., Wennman-Larsen, A., Kjeldgård, L., & Alexanderson, K. (2017). Life satisfaction of women of working age shortly after breast cancer surgery. *Quality of Life Research*, *26*(3), 673-684. https://doi.org/10.1007/s11136-016-1479-z

Oudin, M., Oudin, F., & Bécard, A.-C. (2015). *La qualité des relations de travail.* IRES.

Owen, J. E., Giese-Davis, J., Cordova, M., Kronenwetter, C., Golant, M., & Spiegel, D. (2006). Self-Report and Linguistic Indicators of Emotional Expression in Narratives as Predictors of Adjustment to Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*(4), 335-345. https://doi.org/10.1007/s10865-006-9061-8

Pankrath, A. -L., Weißflog, G., Mehnert, A., Niederwieser, D., Döhner, H., Hönig, K.,& Ernst, J. (2018). The relation between dyadic coping and relationship satisfaction in couples dealing with haematological cancer. *European Journal of Cancer Care*, *27*(1), 1-11. https://doi.org/10.1111/ecc.12595

Park, Y., & Fritz, C. (2015). Spousal recovery support, recovery experiences, and life satisfaction crossover among dual-earner couples. *The Journal of Applied Psychology*, *100*(2), 557-566. https://doi.org/10.1037/a0037894

Parkinson, B., & Totterdell, P. (1999). Classifying affect-regulation strategies. *Cognition and Emotion*, *13*(3), 277-303. https://doi.org/10.1080/026999399379285

Parsons, T., & Bales, R. F. (1955). *Family, socialization and interaction process*. Free Press.

Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, *3*(2), 137-152. https://doi.org/10.1080/17439760701756946

Péloquin, K., & Lafontaine, M.-F. (2010). Measuring empathy in couples: Validity and reliability of the Interpersonal Reactivity Index for Couples. *Journal of Personality Assessment*, *92*(2), 146-157. https://doi.org/10.1080/00223890903510399

Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, *31*(6), 539-548.

Peres, R. S., & Santos, M. A. dos. (2009). Personalidade e câncer de mama: produção científica em Psico-Oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *25*(4), 611-620. https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000400017

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

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *The American Psychologist*, *55*(1), 44-55.

Philippot, P. (2014). 4 - La thérapie basée sur la pleine conscience : mindfulness, cognition et émotion. In J. Cottraux (Éd.), *Thérapie Cognitive et émotions (Deuxième Édition)* (p. 69-83).https://doi.org/10.1016/B978-2-294-73530-1.00004-6

Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*, *40*(6), 789-797. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00136-H

Poelmans, S. A., Kalliath, T., & Brough, P. (2008). Achieving work–life balance: Current theoretical and practice issues. *Journal of Management & Organization*, *14*(3), 227-238. https://doi.org/10.1017/S1833367200003242

Poëte, B. et Rousseau, T. (2003). La charge de travail : de l'évaluation à la négociation, Collection Agir sur, éditions de l'Anact.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879-891. https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879

Proia-Lelouey, N., & Lemoignie, S. (2012). Couples face au cancer. *Dialogue*, 197(3), 69-79. https://doi.org/10.3917/dia.197.0069

Préau, M., Marcellin, F., Lert, F., Spire, B. & Moatti, J. P. (2008). LES CONSÉQUENCES DU CANCER SUR LA VIE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Récupéré sur le site : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01564008/document

Proust, S. (2015). Prévenir l'épuisement professionnel par la mobilisation des ressources psychosociales : l'organisation du travail dans son rôle potentiellement bienveillant. *Psycho-Oncologie*, *9*(2), 69-75. https://doi.org/10.1007/s11839-015-0519-1

Quartana, P. J., Laubmeier, K. K., & Zakowski, S. G. (2006). Psychological Adjustment Following Diagnosis and Treatment of Cancer: An Examination of the Moderating Role of Positive and Negative Emotional Expressivity. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*(5), 487-498. https://doi.org/10.1007/s10865-006-9069-0

Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, *29*(2), 105-115. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.004

Rantanen, J., Kinnunen, U., Feldt, T., & Pulkkinen, L. (2008). Work-family conflict and psychological well-being: Stability and cross-lagged relations within one- and six-year follow-ups. *Journal of Vocational Behavior*, *73*(1), 37-51. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.01.001

Razavi, D., & Delvaux, N. (2002). *Psycho-oncologie : Le cancer, le malade et sa famille*. Paris: Editions Masson.

Regan, T. W., Lambert, S. D., Kelly, B., McElduff, P., Girgis, A., Kayser, K., & Turner, J. (2014). Cross-sectional relationships between dyadic coping and anxiety, depression, and relationship satisfaction for patients with prostate cancer and their spouses. *Patient Education and Counseling*, *96*(1), 120-127. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.010

Renshaw, K. D., McKnight, P., Caska, C. M., & Blais, R. K. (2011). The utility of the Relationship Assessment Scale in multiple types of relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, *28*(4), 435-447. https://doi.org/10.1177/0265407510377850

Rimé, B. (2009). *Le partage social des émotions*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.

Riolli, L., & Savicki, V. (2003). Optimism and Coping as Moderators of the Relation Between Work Resources and Burnout in Information Service Workers. *International Journal of Stress Management*, *10*(3), 235-252. https://doi.org/10.1037/1072-5245.10.3.235

Rippetoe, P. A., & Rogers, R. W. (1987). Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(3), 596-604.

Robert, N. (2007). Bien-être au travail : une approche centrée sur la cohérence de rôle. - Publication scientifique - INRS. Consulté 15 août 2018, à l'adresse http://www.inrs.fr/inrs/recherche/etudes-publications-communications/doc/publication.html?refINRS=A.1/1.026/4660/NS267

Rode, J. C. (2004). Job satisfaction and life satisfaction revisited: A longitudinal test of an integrated model. *Human Relations*, *57*(9), 1205-1230. https://doi.org/10.1177/0018726704047143

Rodrigues, A. C., Teixeira, R., Teixeira, T., Conde, S., Soares, P., & Torgal, I. (2012). Impact of pelvic radiotherapy on female sexuality. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *285*(2), 505-514. https://doi.org/10.1007/s00404-011-1988-5

Roeters, A., van der Lippe, T., & Kluwer, E. S. (2009). Parental work demands and the frequency of child-related routine and interactive activities. *Journal of Marriage and Family*, *71*(5), 1193-1204. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00663.x

Ross, K. M., Ranby, K. W., Wooldridge, J. S., Robertson, C., & Lipkus, I. M. (2016). Effects of physical and mental health on relationship satisfaction: a dyadic, longitudinal examination of couples facing prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *25*(8), 898-904. https://doi.org/10.1002/pon.3931

Royer, N., & Moreau, C. (2016). A Survey of Canadian Early Childhood Educators' Psychological Wellbeing at Work. *Early Childhood Education Journal*, *44*(2), 135-146. https://doi.org/10.1007/s10643-015-0696-3

Rusbult, C. E., & Buunk, B. P. (1993). Commitment processes in close relationships: An interdependence analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, *10*(2), 175-204. https://doi.org/10.1177/026540759301000202

Ryan, R. M. (1995). Psychological Needs and the Facilitation of Integrative Processes (397). Présenté à JOURNAL OF PERSONALITY, DUKE UNIVERSITY PRESS.

Saboonchi, F., Petersson, L.-M., Alexanderson, K., Bränström, R., & Wennman-Larsen, A. (2016). Expecting the best and being prepared for the worst: structure, profiles, and 2-year temporal stability of dispositional optimism in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *25*(8), 957-963. https://doi.org/10.1002/pon.4045

Sandrine, C., Barthe, B., & Cascino, N. (2008). Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ?: Étude exploratoire dans un service de gérontologie. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*. https://doi.org/10.4000/pistes.2159

Sanz-Vergel, A. I., Demerouti, E., Bakker, A. B., & Moreno-Jiménez, B. (2011). Daily detachment from work and home: The moderating effect of role salience. *Human Relations*, *64*(6), 775-799. https://doi.org/10.1177/0018726710393368

Sanz-Vergel, A. I., Demerouti, E., Moreno-Jiménez, B., & Mayo, M. (2010). Work-family balance and energy: A day-level study on recovery conditions. *Journal of Vocational Behavior*, *76*(1), 118-130. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.07.001

Sarkar, U., Ali, S., & Whooley, M. A. (2007). Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine*, *69*(4), 306-312. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180514d57

Sassi, N., & Neveu, J.-P. (2010). Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel: Le shirom-melamed burnout measure: The Shirom-Melamed Burnout Measure. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *42*(3), 177-184. https://doi.org/10.1037/a0017700

Savard, J. (2013). *Faire face au cancer avec la pensée réaliste*. Flammarion Québec.

Schaer, M., Bodenmann, G., & Klink, T. (2008). Balancing work and relationship: Couples Coping Enhancement Training (CCET) in the workplace. *Applied Psychology: An International Review*, *57*(Suppl 1), 71-89. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00355.x

Schagen, S. B., Das, E., & van Dam, F. S. A. M. (2009). The influence of priming and pre-existing knowledge of chemotherapy-associated cognitive complaints on the reporting of such complaints in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, *18*(6), 674-678. https://doi.org/10.1002/pon.1454

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International*, *14*(3), 204-220. https://doi.org/10.1108/13620430910966406

Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis* (1 edition). London ; Philadelphia, PA: CRC Press.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, *55*(2), 169-210.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update. *Cognitive Therapy and Research,* 16(2), 201-228.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking. The benefits of being optimistic. Current Directions in psychological Science, 2, 26-30. doi:10.1111/1467-8721.ep10770572.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(6), 1063-1078.

Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1024-1040.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J. G., Dassen, T., & van den Borne, B. (2011). Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, *15*(3), 260-266. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.11.001

Schoenenberger, S., Moulin, P., & Brangier, E. (2013). Les déterminants de la charge de travail perçue dans deux services d'urgence hospitaliers en France. *Determinants of perceived workload in two hospital emergency wards in France (French)*, *19*, 143-163. https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30061-9

Schou, I., Ekeberg, Ø., Sandvik, L., Hjermstad, M. J., & Ruland, C. M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, *14*(8), 1813-1823. https://doi.org/10.1007/s11136-005-4344-z

Schumm, W. R., Nichols, C. W., Schectman, K. L., & Grigsby, C. C. (1983). Characteristics of responses to the Kansas Marital Satisfaction Scale by a sample of 84 married mothers. *Psychological Reports*, *53*(2), 567-572. https://doi.org/10.2466/pr0.1983.53.2.567

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), Self-efficacy: Thought control of action(pp. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer, R. et Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In : J. Weinman, S. Wright et M. Johnston (Eds.). *Measures in health psychology: À user's portfolio. Causal and control beliefs* (35-37). Windsor, Angleterre : NFER-NELSON.

Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*, *39*(4), 807-818. https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.12.016

Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout. *Applied Psychology: An International Review*, *57*(Suppl 1), 152-171. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00359.x

Scorsolini-Comin, F. & dos Santos, M. (2010). El estudio cientifico de la felicidad y la promocion de la sallud : revision integradora de la literatura. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18(3), 192-199.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. dos. (2011). Relations between subjective well-being and marital satisfaction on the approach of positive psychology. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *24*(4), 658-665. https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000400005

Segrestan-Crouzet, C. (2010). *Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein : rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade*. (thèse de Doctorat, Bordeaux 2). Récupéré sur le site : www.theses.fr/2010BOR21729.pdf

Segrin, C., Badger, T., Sieger, A., Meek, P., & Lopez, A. M. (2006). Interpersonal well-being and mental health among male partners of women with breast cancer. *Issues in Mental Health Nursing*, *27*(4), 371-389. https://doi.org/10.1080/01612840600569641

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American Psychologist*, *60*(5), 410-421. https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410

Semmer, N. K., Grebner, S., & Elfering, A. (2004). Beyond self-report: Using observational, physiological, and situation-based measures in research on occupational stress. In P. L. Perrewé, D. C. Ganster (Éd.), *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies,* 3, (p. 205-263). US: Elsevier Science/JAI Press.

Servaes, P., Vingerhoets, A. J. J. M., Vreugdenhil, G., Keuning, J. J., & Broekhuijsen, A. M. (1999). Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behavioral Medicine*, *25*(1), 23-27. https://doi.org/10.1080/08964289909596735

Shankland, R., & Martin-Krumm, C. (2012). Les outils d'évaluation en psychologie positive. *Pratiques Psychologiques*, *18*, 171-187.

Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed Happiness as an Overall Assessment of the Quality of Life. *Social Indicators Research*, *5*(4), 475-492.

Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper, I. T. Robertson (Éd.), *International review of industrial and organizational psychology 1989.* (p. 25-48). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, *19*(3), 263-270. https://doi.org/10.1080/02678370500376649.

Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, *13*(2), 176-200. https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176

Simpson, J. A., Oriña, M. M., & Ickes, W. (2003). When Accuracy Hurts, and When It Helps: A Test of the Empathic Accuracy Model in Marital Interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(5), 881-893. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.881

Siu, O. L. (2013). Psychological capital, work well-being, and work-life balance among Chinese employees: A cross-lagged analysis. *Journal of Personnel Psychology*, *12*(4), 170-181. https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000092

Sloan, D. M., & Marx, B. P. (2004). Taking Pen to Hand: Evaluating Theories Underlying the Written Disclosure Paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(2), 121-137. https://doi.org/10.1093/clipsy/bph062

Smith, G. T., Fischer, S., & Fister, S. M. (2003). Incremental Validity Principles in Test Construction. *Psychological Assessment, 15*, 467-477. doi:10.1037/1040-3590.15.4.467

Snyder, D. K. (1979). Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, *41*(4), 813-823. https://doi.org/10.2307/351481

Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(1), 174-184. https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.174

Sonnentag, S., & Bayer, U.-V. (2005). Switching Off Mentally: Predictors and Consequences of Psychological Detachment From Work During Off-Job Time. *Journal of Occupational Health Psychology*, *10*(4), 393-414. https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.393

Sonnentag, S., Binnewies, C., & Mojza, E. J. (2010). Staying well and engaged when demands are high: The role of psychological detachment. *Journal of Applied Psychology*, *95*(5), 965-976. https://doi.org/10.1037/a0020032

Sonnentag, S., & Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, *12*(3), 204-221. https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.204

Sonnentag, S., & Kühnel, J. (2016). Coming back to work in the morning: Psychological detachment and reattachment as predictors of work engagement. *Journal Of Occupational Health Psychology*, *21*(4), 379-390.

Sonnentag, S., Unger, D., & Nägel, I. J. (2013). Workplace conflict and employee well-being: The moderating role of detachment from work during off-job time. *International Journal of Conflict Management*, *24*(2), 166-183. https://doi.org/10.1108/10444061311316780

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, *38*(1), 15-28. https://doi.org/10.2307/350547

Stafford, L., Komiti, A., Bousman, C., Judd, F., Gibson, P., Mann, G. B., & Quinn, M. (2016). Predictors of depression and anxiety symptom trajectories in the 24 months following diagnosis of breast or gynaecologic cancer. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, *26*, 100-105. https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.01.008

Stamate, A. N., Brunet, L., & Savoie, A. (2015). La compétence en emploi peut-elle prédire la santé psychologique des enseignants ? *Le travail humain*, *78*(4), 355-378. https://doi.org/10.3917/th.784.0355

Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., … Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 875-882. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.875

Story, L. B., & Repetti, R. (2006). Daily occupational stressors and marital behavior. *Journal of Family Psychology*, *20*(4), 690-700. https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.4.690

Strauss-Blasche, G., Ekmekcioglu, C., & Marktl, W. (2002). Moderating effects of vacation on reactions to work and domestic stress. *Leisure Sciences*, *24*(2), 237-249. https://doi.org/10.1080/01490400252900176

Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. J., & Bettencourt, A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: À longitudinal analysis. *Psychology & Health*, *25*(4), 433-449. https://doi.org/10.1080/08870440802582682

Tallman, B. A., Altmaier, E., & Garcia, C. (2007). Finding benefit from cancer. *Journal of Counseling Psychology*, *54*(4), 481-487. https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.4.481

Tamminga, S. J., Verbeek, J. H. A. M., de Boer, A. G. E. M., Frings-Dresen, M. H. W., & van der Bij, R. M. (2013). A work-directed intervention to enhance the return to work of employees with cancer: A case study. *WORK-A Journal Of Prevention Assessment & Rehabilitation*, *46*(4), 477-485.

Tarantini, C., Gallardo, L., & Peretti-Watel, P. (2014). Travailler après un cancer du sein. Enjeux, contraintes et perspectives, Working after breast cancer. Stakes, constraints and outlooks. *Sociologie*, *5*(2), 139-155. https://doi.org/10.3917/socio.052.0139

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. https://doi.org/10.1002/pon.1843

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence . *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tetzner, J., & Schuth, M. (2016). Anxiety in late adulthood: Associations with gender, education, and physical and cognitive functioning. *Psychology and Aging*, *31*(5), 532-544. https://doi.org/10.1037/pag0000108

Traa, M. J., De Vries, J., Bodenmann, G., & Den Oudsten, B. L. (2015). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. *British Journal of Health Psychology*, *20*(1), 85-114.

Trottier, C., Trudel, P., & Halliwell, W. R. (2007). Présentation des deux principales théories nord-américaines sur l'optimisme, Abstract, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen. *Staps*, (77), 9-28. https://doi.org/10.3917/sta.077.0009

Truchot. (2004). *L'épuisement professionnel : Concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod.

Truchot, D. (2016). Burn out. Dans *Dictionnaire de la fatigue* (p. 126-134). Librairie Droz.

Tsai, M.-C. (2009). Market Openness, Transition Economies and Subjective Wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, *10*, 523-539. https://doi.org/10.1007/s10902-008-9107-4

Turkum, A. S. (2005). Do optimism, social network richness, and submissive behaviors predict well-being? Study with a Turkish sample. *Social Behavior and Personality*, *33*(6), 619-628. https://doi.org/10.2224/sbp.2005.33.6.619

Ullrich, P. M., Rothrock, N. E., Lutgendorf, S. K., Jochimsen, P. R., & Williams, R. D. (2008). Adjustment and discussion of cancer: A comparison of breast and prostate cancer survivors. *Psychology & Health*, *23*(4), 391-406. https://doi.org/10.1080/14768320701227980

Untas, A., Koleck, M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychologie Française*, *57*, 97-110. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.004

van Egmond, M. P., Duijts, S. F. A., Vermeulen, S. J., van der Beek, A. J., Anema, J. R., & Loyen, A. (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) [e12420].

van Steenbergen, E. F., Ellemers, N., Haslam, S. A., & Urlings, F. (2008). There is nothing either good or bad but thinking makes it so: Informational support and cognitive appraisal of the work-family interface. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *81*(3), 349-367. https://doi.org/10.1348/096317908X312669.

Vander Haegen, M., Etienne, A. M., & Piette, C. (2017). Experimental study on the intolerance of uncertainty and cognitive biases in parents of child cancer survivor. *Revue Medicale De Liege*, *72*(3), 139-145.

Vannotti, M., & Vannotti, M. (2009). Soins pour la famille ou avec la famille ? *InfoKara*, *24*(3), 141-146. https://doi.org/10.3917/inka.093.0141.

Vaughn, M. J., & Matyastik Baier, M. E. (1999). Reliability and validity of the Relationship Assessment Scale. *American Journal of Family Therapy*, *27*(2), 137-147. https://doi.org/10.1080/019261899262023

Vasselier-Novelli, C., & Heim, C. (2013). Comment nous concevons l'autonomie systémiquement. *Le sociographe*, *Hors-série 6*(5), 39-52. https://doi.org/10.3917/graph.hs06.0039.

Veil, C. (2014). Vulnérabilités au travail. Naissance et actualité de la psychopathologie du travail. Toulouse : Erès.

Voyer, P., & Boyer, R. (2001). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative. *Santé mentale au Québec*, *26*, 274. https://doi.org/10.7202/014521ar.

Wagner, C. D., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(2), 109-120. https://doi.org/10.1002/pon.928

Warr, P. (1990). The Measurement of Well-Being and Other Aspects of Mental Health, *63*, 193-210. https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00521.x

Wegner, D. M. (1992). You can't always think what you want: Problems in the suppression of unwanted thoughts. In M. P. Zanna (Éd.), *Advances in experimental social psychology, 25,* 193-225. https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60284-1

Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate Relationships and Psychopathology. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 15(1), 4-13.

Williams, B., Kroll, T., Wells, M., Wells, M., Lang, H., Williams, B., & 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.

Williams, S.-A., Wissing, M. P., Rothmann, S., & Temane, Q. M. (2010). Self efficacy, work, and psychological outcomes in a public service context. *Journal of Psychology in Africa*, *20*(1), 53-60.

Wimberly, S. R., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and Health*, 23, 57–72.

Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(2), 314-321. https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314

Wodociag, S. (2014). *Les cadres pendulaires à l'international : caractérisation et analyse de leur relation au travail* (thèse de doctorat, Université de Grenoble). Consulté à l'adresse https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127117/document

Wrosch, C., Amir, E., & Miller, G. E. (2011). Goal adjustment capacities, coping, and subjective well-being: The sample case of caregiving for a family member with mental illness. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*(5), 934-946. http://dx.doi.org/10.1037/a0022873

Wu, C. (2009). Enhancing quality of life by shifting importance perception among life domains. *Journal of Happiness Studies*, *10*, 37-47. https://doi.org/10.1007/s10902-007-9060-7

Yang, H.-C., & Schuler, T. A. (2008). Marital quality and survivorship. *Cancer*, *115*(1), 217-228. https://doi.org/10.1002/cncr.23964

Yildirim, D., & Aycan, Z. (2008). Nurses' work demands and work–family conflict: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(9), 1366-1378. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.10.010

Zawieja, P. (2015). *Le burn out*. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF.

Zenger, M., Brix, C., Borowski, J., Stolzenburg, J.-U., & Hinz, A. (2010). The impact of optimism on anxiety, depression and quality of life in urogenital cancer patients. *Psycho-Oncology*, *19*(8), 879-886. https://doi.org/10.1002/pon.1635

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370.

Annexes

Annexe 1 : Lettres de consentement couples avec passé de cancer

Annexe 2 : Lettres de consentement participant sans passé de cancer

Annexe 3 : Enregistrement au registre des traitements de l'Université de Lorraine

Annexe 1.

Lettres de consentement couples avec passé de cancer

Formulaire de consentement
Personne concernée ou ayant été concernée par un cancer

Je soussigné(e)

Nom : ……..

Prénom : ……

déclare avoir lu le document d'information relatif à cette étude. J'ai été informé(e) de la nature, des buts et de la durée de la recherche et de ce qu'il m'est demandé de faire. Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que mon droit d'accès à ces données peut s'exercer à tout moment en application de la loi "informatique et liberté" (article 40 de la loi n°78-17 du 06.01.1978, modifié par la loi 2002-303 du 04.03.2002), que ces données peuvent m'être communiquées, selon mon choix, par l'intermédiaire de Mme Marie Saramago, doctorante à l'Université de Lorraine, et que je pourrai exercer mon droit de rectification auprès de cette dernière.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à Mme Marie Saramago.
E-mail : marie.saramago@hotmail.fr

En cochant la case suivante, j'accepte de participer à l'étude :

☐ J'accepte de participer à l'étude sur le bien-être menée par questionnaires.

Nous cherchons également des participants acceptant d'être rencontrés lors d'un entretien.

☐ J'accepte de participer à l'étude sur le bien-être menée par entretien, et accepte d'être recontacté(e) pour convenir d'un rendez-vous.

À ....., le .....

Signature :

Formulaire de consentement
Conjoint de la personne concernée ou ayant été concerné par un cancer

Je soussignée

Nom : ……

Prénom : ……

déclare avoir lu le document d'information relatif à cette étude. J'ai été informée de la nature, des buts et de la durée de la recherche et de ce qu'il m'est demandé de faire. Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que mon droit d'accès à ces données peut s'exercer à tout moment en application de la loi "informatique et liberté" (article 40 de la loi n°78-17 du 06.01.1978, modifié par la loi 2002-303 du 04.03.2002), que ces données peuvent m'être communiquées, selon mon choix, par l'intermédiaire de Mme Marie Saramago, doctorante à l'Université de Lorraine, et que je pourrai exercer mon droit de rectification auprès de cette dernière.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à Mme Marie Saramago.
E-mail : marie.saramago@hotmail.fr

En cochant la case suivante, j'accepte de participer à l'étude :

☐ J'accepte de participer à l'étude sur le bien-être menée par questionnaires.

Nous cherchons également des participants acceptant d'être rencontrés lors d'un entretien.

☐ J'accepte de participer à l'étude sur le bien-être menée par entretien, et accepte d'être recontactée pour convenir d'un rendez-vous.

À ....., le .....

Signature :

Annexe 2.

Lettre de consentement participant sans passé de cancer

Formulaire de consentement

Je soussignée

Nom : ……

Prénom : ……

déclare avoir lu le document d'information relatif à cette étude. J'ai été informée de la nature, des buts et de la durée de la recherche et de ce qu'il m'est demandé de faire. Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que mon droit d'accès à ces données peut s'exercer à tout moment en application de la loi "informatique et liberté" (article 40 de la loi n°78-17 du 06.01.1978, modifié par la loi 2002-303 du 04.03.2002), que ces données peuvent m'être communiquées, selon mon choix, par l'intermédiaire de Mme Marie Saramago, doctorante à l'Université de Lorraine, et que je pourrai exercer mon droit de rectification auprès de cette dernière.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à Mme Marie Saramago.
E-mail : marie.saramago@hotmail.fr

En cochant la case suivante, j'accepte de participer à l'étude :

☐ J'accepte de participer à l'étude sur le bien-être menée par questionnaires.

Nous cherchons également des participants acceptant d'être rencontrés lors d'un entretien.

☐ J'accepte de participer à l'étude sur le bien-être menée par entretien, et accepte d'être recontactée pour convenir d'un rendez-vous.

À ....., le .....

Signature :

Annexe 5.

Enregistrement au registre de traitement des données de l'Université de Lorraine

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES

34 cours Léopold – CS 25233 54052 NANCY
Cedex

Dossier suivi par :

Jean-Daniel DURAND
03 72 74 00 67
jean-daniel.durand@univ-lorraine.fr

ATTESTATION D'INSCRIPTION AU REGISTRE

Je soussigné, Jean-Daniel Durand, Correspondant Informatique et Libertés, atteste que le traitement de données à caractère personnel relatif à la thèse de Doctorat de Marie SARAMAGO, portant sur l' « Ajustement psychosocial du couple face à la reprise du travail après un cancer, une approche dyadique », a été inscrit au registre des traitements de l'Université de Lorraine, en date du 22 mars 2017.

Fait à Metz, le 16 octobre 2017

Jean-Daniel DURAND

Correspondant Informatique et Libertés