

Mémoire de Maîtrise en médecine No 2534

Croissance post-traumatique et gratitude :
Quels liens avec la qualité de vie aux soins palliatifs

Etudiant

Nicolas Le Brun

Tuteur

Professeur Gian Domenico Borasio
Service de soins palliatifs, CHUV

Co-tuteur

Docteur Mathieu Bernard
Service de soins palliatifs, CHUV

Expert

Professeur Grégoire Zimmermann
Institut de psychologie, UNIL

Lausanne, décembre 2015

Table des matières

Première partie - Fondements réflexifs	4
I.1 - Qualité de vie et psychologie aux soins palliatifs.....	4
I.2 - De l'intérêt de la gratitude dans le contexte palliatif.....	5
I.2.1 - Assises conceptuelles et empiriques	5
I.2.2 - Fondements et caractéristiques du sentiment de gratitude	5
I.2.3 - Bénéfices de l'orientation reconnaissante.....	6
I.2.4 - Conclusion du chapitre sur la gratitude.....	8
I.3 - De l'intérêt de la croissance post-traumatique dans le contexte palliatif	9
I.3.1 - Assises conceptuelles et empiriques	9
I.3.2 - Notion de traumatisme et stratégies d'ajustement dans l'adversité.....	9
I.3.3 - Bénéfices de la croissance post-traumatique	10
I.3.4 - Etat actuel de la recherche sur la croissance post-traumatique	11
I.3.5 - Conclusion du chapitre sur la croissance post-traumatique	12
I.4 - Problématique.....	12
Deuxième partie – Méthodologie	13
II.1 – Critères d'inclusion et d'exclusion	13
II.2 - Instruments de mesures.....	13
II.3 - Recrutement des patients et administration des questionnaires.....	15
II.4 - Encadrement conféré à l'étudiant.....	15
II.5 – Analyses statistiques.....	15
II.6 – Commission d'éthique cantonale.....	15
Troisième partie – Résultats	16
III.1 – Recrutement des patients	16
III.2 - Analyses descriptives	17
III.3 - Analyses corrélationnelles	19
III.4 - Données relatives à la participation des patients et aux avis de ces derniers.....	20
Quatrième partie – Discussion et conclusion	21
IV.1 - Discussion.....	21
IV.1.1 - Analyses descriptives des données	21
IV.1.2 - Analyses associatives des données.....	23
IV.1.3 - Limitations de l'étude	26
IV.2 - Conclusion.....	27
Références bibliographiques.....	28

Contexte de l'étude

Cette étude constitue la phase pilote d'un projet plus vaste soumis à la fondation *Leenaards*. L'objectif général de ce dernier est de mieux comprendre le rôle de la gratitude et de la croissance post-traumatique chez des personnes âgées en situation de prise en charge palliative et comment ces deux dimensions peuvent jouer ou non :

- 1- un rôle protecteur contre l'apparition de facteurs susceptibles de péjorer leur qualité de vie (comme l'anxiété et la dépression).
- 2- un rôle déterminant pour le bien-être psychologique et subjectif également impliqués dans leur qualité de vie.

Première partie - Fondements réflexifs

I.1 - Qualité de vie et psychologie aux soins palliatifs

L'Organisation Mondiale de la Santé définit les soins palliatifs comme « *une approche visant à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches par la prévention, l'identification et le traitement de la douleur et des autres difficultés de types somatique, psychosociale ou spirituelle* ».

Tandis que la qualité de vie représente l'enjeu central des soins palliatifs, sa définition abrite une thématique aux abords philosophiques complexes et encore discutés à ce jour. Au sein de l'inconscient collectif, la qualité de vie est considérée comme la résultante d'exigences multiples en termes de bien-être somatique, psychique, relationnel et existentiel dont les idéaux semblent placés à la connivence de représentations sociales à tendance normative et objective(1).

L'exploration de la qualité de vie dans le contexte de la maladie s'inscrit cependant en rupture avec une définition à tendance universaliste de celle-ci. Le témoignage de certains patients vient en effet heurter la prédiction instinctive selon laquelle l'adversité représenterait une entrave majeure à l'émanation d'une qualité de vie acceptable. Ainsi, malgré le déclin parfois sévère des fonctions somatiques et la péjoration de l'évolution clinique, certains patients perçoivent leur situation comme tolérable(2,3).

Un tel constat représente un enjeu central aux soins palliatifs, puisqu'il témoigne d'une possibilité de préservation psychique du patient face à l'altération de la condition biologique. Les études ayant exploré cette thématique convergent dans leurs résultats en concluant que l'opportunité de préservation de la qualité de vie semble basée sur un investissement accru envers les valeurs relationnelles et existentielles, telles que le sens de la vie et les valeurs transcendantales(2,4,5).

L'exploration du versant psychologique de la qualité de vie fait ainsi l'objet d'un essor grandissant dans cette perspective. Cependant, la majorité des études qui lui sont relatives concerne la compréhension et le traitement des troubles psychopathologiques présentés par les patients dans ce contexte, tels que les troubles anxieux et dépressifs. Or, dans un souci de complémentarité et d'enrichissement des possibilités d'interventions thérapeutiques, il convient également d'approfondir les connaissances relatives aux facteurs psychologiques positifs capables de préserver et de promouvoir le sentiment de bien-être relationnel et existentiel chez ces patients.

La psychologie positive s'inscrit justement dans cette perspective de complémentarité à la psychopathologie en se définissant comme l'étude « *des conditions et des processus contribuant à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions* »(6). Elle se donne notamment pour but de réunir et de fédérer les chercheurs dans ce domaine ainsi que de placer cette nouvelle pratique au bénéfice de la validation scientifique. Parmi les expériences subjectives et les dispositions individuelles positives qui nous paraissent particulièrement en adéquation avec le contexte palliatif figurent notamment la *gratitude* et la *croissance post-traumatique*. Une meilleure compréhension du rôle respectif de ces deux notions dans le contexte de fin de vie nous paraît pertinente dans la mesure où celles-ci semblent toucher des sphères déterminantes dans la qualité de vie des patients palliatifs, tels que le bien-être, la relation aux proches, la capacité à apprécier sa vie, la crainte de la mort, l'anxiété et la dépression.

1.2 - De l'intérêt de la gratitude dans le contexte palliatif

1.2.1 - Assises conceptuelles et empiriques

La gratitude est une valeur prêchée par de nombreuses écoles philosophiques et théologiques depuis des siècles(7). Tandis que les diverses religions monothéistes trouvent en elle le précepte fédérateur de la reconnaissance envers la Cause première de tous bénéfiques, leurs fondements philosophiques trouvent un écho favorable parmi divers systèmes de pensées qui placent la gratitude au rang de vertu quintessentielle de la vie heureuse.

La psychologie, quant à elle, a tendance à lui reconnaître les vertus que lui accordent les Ecritures et les philosophes depuis fort longtemps. Les études portées à son sujet lui attribuent en effet nombre de conséquences bénéfiques sur les plans émotionnels, identitaires, relationnels et existentiels, faisant de la gratitude une ressource favorable au bien-être tant aux échelles individuelle, interpersonnelle que sociétale.

De par l'intérêt porté par les patients palliatifs aux sphères susmentionnées, la gratitude paraît représenter une ressource propice à la préservation de la qualité de vie dans ce contexte. Nous constatons cependant que la gratitude n'a été que très peu explorée dans cette perspective et que la majorité des études qui lui est relative porte essentiellement sur des populations non-cliniques. L'objet de notre recherche vise donc à vérifier ces résultats auprès de patients en fin de vie.

1.2.2 - Fondements et caractéristiques du sentiment de gratitude

Du point de vue psychologique, la gratitude est une expérience affective agréable prenant sa source dans l'émerveillement, la reconnaissance et l'appréciation de la vie(8)^{p125}. Ce sentiment peut être évoqué à travers diverses circonstances, de sources et de natures différentes. Il peut en effet s'agir de bienfaits matériels, interpersonnels ou existentiels attribuables à une entité physique comme à une entité abstraite, telle que l'existence ou une autre force à caractère transcendantal.

La gratitude suit donc un processus en deux étapes et fait partie des émotions dépendant du style d'attribution. En effet, l'individu doit tout d'abord réaliser qu'il est le bénéficiaire d'un bienfait procurant du bien-être, puis il doit pouvoir reconnaître que ce bien-être est attribuable au moins en partie à une source externe à lui-même. La gratitude est donc une expérience affective impliquant la capacité à reconnaître (dimension intellectuelle) et à apprécier (dimension émotionnelle) le don.

La propension à éprouver de la reconnaissance est ainsi placée à la connivence d'aptitudes dont l'hétérogénéité à travers la population est inductrice d'une grande variabilité dans la tendance à ressentir un tel sentiment. Il nous paraît essentiel d'insister sur cette constatation car les bénéfiques potentiels que nous accordons à la gratitude reposent justement sur le degré d'investissement individuel envers elle. Nous allons faire appel au vocabulaire descriptif élaboré par Rosenberg pour clarifier nos propos.

Dans son ouvrage intitulé « *Levels of analysis and the organization of affect* » (1998), Rosenberg distingue les différents grades affectifs suivant la catégorie d'émotions dont ils expriment le vécu, leur stabilité temporelle, leur ampleur dans la conscience et leur portée sur les autres systèmes psychologiques. Ainsi, l'*émotion* est décrite comme un état affectif intense, immédiat et éphémère. Son seuil de déclenchement est subordonné à l'*humeur*, état affectif d'une stabilité temporelle supérieure. Enfin, le *trait de personnalité* correspond au niveau hiérarchique le plus élevé en conditionnant l'occurrence de l'humeur et de l'émotion envers lesquelles il est orienté. Ainsi, le trait de personnalité représente une inclination particulière de l'individu envers une catégorie d'expériences affectives et en constitue la prédisposition. A l'instar des autres affects, la gratitude existe sous ces trois formes(9).

Lorsqu'un individu éprouve de la reconnaissance plus intensément, plus fréquemment et envers une diversité accrue de personnes et de situations que la moyenne, on parle d'un *trait de personnalité orienté vers la gratitude*(9). Un tel individu est doué d'une sensibilité accrue envers les bienfaits conférés par l'existence et est disposé à en reconnaître la source externe. Or, c'est dans le trait de personnalité que les bénéfices de la gratitude se réalisent pleinement. Tout au long de cet exposé, le terme de *gratitude* se réfèrera donc au trait de personnalité et trouvera son synonyme dans le terme d'*orientation reconnaissante*.

1.2.3 - Bénéfices de l'orientation reconnaissante

La gratitude se trouve à la source d'une multitude de conséquences bénéfiques. Compte-tenu du périmètre du présent ouvrage, nous nous limiterons aux plus pertinentes d'entre elles dans le contexte de fin de vie en commençant par une dimension chère aux patients palliatifs : la dimension relationnelle.

1.2.3.1 - Gratitude et dimension relationnelle

La gratitude est considérée par certains auteurs comme un affect empathique car elle est basée sur la capacité à percevoir et reconnaître l'intention bienfaitrice d'autrui(9). Cette caractéristique lui a également valu l'attribution à un rôle pro-social, parfois porté au rang de garant de l'harmonie sociétale(10)^{p253}. En effet, par la reconnaissance qu'elle offre à l'auteur de l'acte altruiste, elle encourage la réitération d'actes bienfaiteurs en plus de motiver le bénéficiaire à la réciprocité d'un tel comportement(9). La gratitude semble ainsi constituer l'essence de relations sociales positives et contribue à la satisfaction qui en découle(11). Dans la perspective taxonomique des *Big Five*, il n'est ainsi pas surprenant que la gratitude soit étroitement corrélée à l'agréabilité et aux traits qui en émergent, telle que la confiance(12), la volonté de pardonner, l'empathie et la propension à supporter et à aider autrui(13). Sur la base de ces traits fondamentalement orientés vers autrui, la gratitude semble permettre de catalyser l'élaboration des liens sociaux, de les maintenir et de les enrichir au cours du temps.

Dans la mesure où les liens affectifs se trouvent justement être la sphère la plus fréquemment mentionnée comme déterminant de la qualité de vie aux soins palliatifs(4,14–16), il nous paraît vraisemblable que la culture de la gratitude puisse constituer une ressource pertinente dans ce contexte.

1.2.3.2 - Gratitude et bien-être optimal

La gratitude est également une ressource en faveur du bien-être qualifié « d'optimal », qui se décline en deux versants(17)^{p57}. Le premier correspond au concept de bien-être *subjectif* développé par *Diener* (1984). Celui-ci repose sur la satisfaction de vie d'une part, représentée par l'écart perçu entre la vie réelle et idéalisée (composante cognitive) et sur la présence marquée d'affects positifs et faible d'affects négatifs d'autre part (composante affective). Cette vision du bonheur serait de nature fluctuante car les plaisirs dont elle dépend seraient tributaires des contingences externes à l'individu, elles-mêmes instables. Le deuxième versant du bien-être optimal fait appel au concept de bien-être *psychologique*, développé par *Ryff* (1989). Cette facette du bien-être est orientée vers une perspective plus existentielle, telle que la croissance et l'épanouissement personnels dans une vie régit par l'authenticité et la conscience de ses valeurs propres. Cette vision du bonheur s'inscrirait dans une perspective plus durable car moins dépendante des contingences externes.

Nous pensons que la gratitude puisse promouvoir chacun des versants du bien-être et profiter ainsi à la qualité de vie dans le contexte palliatif. Nous allons réunir les arguments allant dans ce sens.

- *Gratitude et bien-être subjectif*

De nombreuses études relatent l'association entre la gratitude et le fonctionnement émotionnel positif. En effet, la gratitude est une émotion essentiellement agréable qui prolonge le vécu positif des expériences affectives. Le simple fait d'éprouver de la reconnaissance constitue donc une source d'affects positifs(12). Toutefois, le lien entre la gratitude et le bien-être subjectif dépasse la courte portée temporelle intrinsèque à l'émotion. L'individu disposant d'un *trait de personnalité* orienté vers la reconnaissance semble effectivement doué d'une conscience et d'une appréciation particulières de son environnement, se traduisant par une capacité à repérer et à apprécier des expériences pouvant paraître insignifiantes aux yeux des autres. Ainsi, outre la valence émotionnelle positive intrinsèque au sentiment de gratitude, l'orientation reconnaissante permet d'extraire une quantité majorée d'affects positifs à travers l'environnement(9).

De par la saillance affective associée aux expériences positives, l'orientation reconnaissante favorise notamment la mémorisation des bienfaits et en facilite la résurgence. La nostalgie et les regrets ont tendance à laisser leur place à d'agréables souvenirs et la gratitude semble détourner l'individu de l'anxiété et de la tristesse imputables au passé(10)^{p25}. De plus, *Watkins et al* ont mis en évidence que la gratitude permettait une meilleure résolution des souvenirs conflictuels, ce qui limiterait davantage la souffrance liée à l'histoire de l'individu(10)^{p252}. Ce constat est fort intéressant dans la mesure où les regrets sont significativement corrélés à l'anxiété face à la mort, à laquelle les patients palliatifs sont parfois en proie(18).

Pour toutes ces raisons, la gratitude est positivement associée aux affects positifs et négativement associée aux affects négatifs. Or, « *The Broaden-and-Build Theory* » élaborée par *Fredrickson* suggère justement que les émotions positives constituent une ressource cognitive favorable à la créativité et à la richesse des stratégies de *coping* face aux moments d'adversité(12,17). Plusieurs études ont effectivement montré que les individus reconnaissants sont particulièrement capables de faire face aux situations difficiles et de préserver ainsi une partie de leur bien-être dans les situations aversives(19)(20)^{p527}. Cette considération est par ailleurs corroborée par deux études longitudinales menées par *Wood* et al dont les résultats soutiennent la probabilité d'un lien de causalité entre gratitude et dépression(21). Ce constat est fort intéressant dans la mesure où cette dernière représente un mal prépondérant au sein de la population palliative(22). Ainsi, la gratitude favorise la qualité de vie tout en représentant un rempart contre sa détérioration(12).

- *Gratitude et bien-être psychologique*

La seconde composante du bien-être optimal correspond au concept de bien-être *psychologique* développé par *Ryff* (1989). Celui-ci repose sur la conscience et la culture des valeurs propres à l'individu, reflétées par l'investissement d'activités intrinsèquement motivées à travers lesquelles l'individu s'élabore et se réalise. Le bien-être psychologique se révèle par l'acceptation de soi, la qualité des relations interindividuelles, le sens de la vie et le sentiment d'autonomie. Autrement dit, la qualité de vie affective repose davantage sur une source interne à l'individu, affranchissant et protégeant ce dernier de la nature fluctuante et tarissable des contingences externes(17)^{p64}.

Ainsi, tandis que l'individu versé dans le bien-être subjectif voit la positivité de ses affects s'évanouir avec la détérioration des conditions somatiques, le bien-être psychologique résiste par la simple congruence entre les valeurs individuelles et les actes, restée intacte(17)^{p64}. La promotion du bien-être psychologique représente dès lors un des principaux arguments de l'intérêt pour la gratitude dans le contexte palliatif, puisqu'elle semble favoriser la préservation psychique du patient face aux aléas de la condition biologique.

Bien qu'un nombre restreint d'études se soient penchées sur les liens établis entre la gratitude et le bien-être psychologique, celles-ci rapportent des résultats convaincants. Les individus reconnaissants disposent en effet d'un meilleur accès à leurs valeurs propres(12) et profitent de

sentiments renforcés en termes d'autonomie, de croissance personnelle, d'acceptation de soi et de sens de la vie(23). La conscience des valeurs individuelles est notamment reflétée par un renforcement des activités intrinsèquement motivées(24). Les individus reconnaissants ont également une propension plus faible à mesurer leur bien-être en termes de biens matériels et rapportent moins de sentiments d'envie et d'avarice(9). Un tel désinvestissement des valeurs matérialistes protègent les individus reconnaissants des conséquences négatives de ces aspirations qui mettent en péril le bien-être.

1.2.3.3 – Gratitude et réinterprétation positive

L'orientation reconnaissante est à la source de conséquences bénéfiques sur le bien-être subjectif et psychologique par l'élaboration de ressources émotionnelles, sociales et existentielles. L'intérêt de la gratitude dans le contexte de fin de vie dépasse cependant la valence émotionnelle positive et la faculté de faire face aux situations aversives qui lui sont associées : la gratitude confère une opportunité d'élaboration individuelle directement à travers l'adversité, à la faveur potentielle de la qualité de vie. Voici le fond de notre raisonnement :

La gratitude traduit une tendance particulière de l'individu à apprécier son existence qu'elles qu'en soient les circonstances(12). Lorsque cette disposition atteint son paroxysme, elle permet la perception de bénéfices là où ceux-ci se font les plus discrets, notamment dans les situations existentielles chargées de souffrance. L'identification et l'extraction de bienfaits dans pareilles circonstances est probablement attribuable au *biais de positivité* propre aux personnes reconnaissantes. *Wood et al.* associent ce biais à un style de coping *actif* particulier, faisant appel à la *réinterprétation positive*(19). Ainsi, dans les situations afflictives où l'individu moins reconnaissant ne percevrait que désolation et souffrance, l'individu reconnaissant y décèlerait une opportunité de croissance.

Chaque expérience dont la vie gratifie l'individu serait ainsi investiguée en quête d'un contenu expérientiel ou existentiel positif et favorable à la profondeur identitaire, relationnelle et existentielle. Ici se trouve un des principaux arguments de notre réflexion portant sur les bénéfices escomptés de la gratitude aux soins palliatifs, au vue de l'importance qu'accordent les patients à chacune des sphères susmentionnées.

1.2.4 - Conclusion du chapitre sur la gratitude

Nous avons élicité une série d'arguments à la faveur d'un lien entre gratitude et qualité de vie aux soins palliatifs. Bien que les études citées portent essentiellement sur des populations non-cliniques, la gratitude semble représenter une ressource propice au développement de valeurs particulièrement convoitées par les patients palliatifs, telles que la richesse du réseau social et la profondeur des considérations identitaires et existentielles. L'intérêt principal que nous attribuons à ces dernières réside dans leur relative inertie face aux contingences externes et la maladie, ce qui contribuerait à la préservation de la qualité de vie malgré le déclin des fonctions somatiques.

Dans un contexte où la santé et l'autonomie peuvent souffrir de restrictions rapidement évolutives, notre intérêt pour l'orientation reconnaissante s'étend notamment aux facultés adaptatives qui lui sont associées. Guidé par la *réinterprétation positive*, l'individu reconnaissant perçoit et extrait davantage de bénéfices identitaires, relationnels et existentiels à travers les situations aversives, à la faveur potentielle de la qualité de vie. Par là-même, la gratitude pourrait participer à l'émergence de ce que la psychologie a baptisé *croissance post-traumatique*, dont nous allons maintenant présenter les processus et les enjeux.

1.3 - De l'intérêt de la croissance post-traumatique dans le contexte palliatif

1.3.1 - Assises conceptuelles et empiriques

Les maux qui accaparent l'Homme inspirent l'éloquence des philosophes et des poètes depuis la nuit des temps. Tandis que ceux-ci tentent d'éclaircir les fondements de pareils tourments et d'en extraire le sens, certains considèrent ces difficultés comme une langue d'enseignements existentiels trouvant sa valeur dans l'opportunité de croissance individuelle qu'elle confère, notamment par l'approfondissement du rapport à soi, à autrui et au monde.

Ces considérations valorisées dans les ouvrages philosophiques depuis des siècles fait depuis trente ans écho dans la littérature sociale et psychologique(8). Celles-ci ont inspiré de nombreuses théories répondant à autant d'appellations. Le terme de *croissance post-traumatique* choisit dans le présent exposé se réfère aux théories élaborées par *Tedeschi* et *Calhoun*(25), souvent considérés comme les auteurs de référence dans ce domaine.

Selon ces auteurs, la confrontation à une expérience traumatique peut représenter une opportunité de croissance personnelle par la réévaluation et la redéfinition du système des croyances et des valeurs individuelles. Cette transformation du vécu interne s'opère par le biais d'un double processus *d'assimilation* et *d'accommodation* dans une perspective d'adaptation à la situation. Une telle recombinaison des schémas individuels peut favoriser l'émergence de perspectives nouvelles et approfondies sur les plans identitaires, relationnels et existentiels. Or, bien que les caractéristiques de la croissance post-traumatique dans le contexte palliatif soient aujourd'hui clairement établies, la portée effective de ce processus dans la qualité de vie des patients reste sujette à controverse, à l'instar des facteurs psychologiques qui sous-tendent ce phénomène.

1.3.2 - Notion de traumatisme et stratégies d'ajustement dans l'adversité

Janoff-Bulman avance l'idée que l'individu repose et se développe sur un ensemble de croyances et de convictions personnelles, basées sur ce que il sait ou croit savoir à propos des autres, du monde et de lui-même(26). Ces schémas tirent leurs fondements de l'expérience individuelle à partir de laquelle s'élaborent un ensemble de règles perçues comme fondamentales, élicitées en termes d'équité, de justice, de stabilité et de prévisibilité du monde. Ces représentations guident les actions individuelles et procurent un sentiment de sécurité et de cohérence globale face à ce dernier(25).

Lorsque le contenu d'une expérience particulière défit la validité des schémas susmentionnés, celle-ci devient porteuse d'un potentiel traumatique. Cette expérience et la détresse émotionnelle qui l'accompagne motivent alors la mobilisation de ressources émotionnelles et intellectuelles dans une perspective d'adaptation face aux réalités imposées par l'évènement, à travers un double processus d'assimilation et d'accommodation dont les stratégies se succèdent dans le temps.

La première stratégie à être mise en œuvre est l'*assimilation*. Celle-ci consiste en la tentative d'intégration de l'évènement au sein des schémas préexistants, en tentant de conférer à celui-ci une explication allant dans le sens des croyances fondamentales. Au gré des expériences non-subversives, cette stratégie permet de complexifier et d'enrichir les schémas cognitifs individuels.

Cependant, aucune nouvelle perspective identitaire ne semble pouvoir directement découler d'une telle stratégie. En effet, tandis que la croissance post-traumatique nécessite la redéfinition profonde et active des schémas individuels, l'assimilation se contente de préserver ces schémas sans investir dans leur restructuration(27).

La croissance post-traumatique repose sur une stratégie d'intégration effectivement plus élaborée dont le processus correspond davantage à l'*accommodation*(27). Celle-ci se caractérise par

l'exploration active des failles identitaires induites par l'évènement, dont la résolution nécessite la reconsidération et la redéfinition des valeurs individuelles. L'accommodation permet ainsi l'avènement de nouvelles perspectives identitaires pouvant s'accompagner d'une série de conséquences bénéfiques sur les plans identitaires, relationnels et existentiels(27). L'ensemble de ce processus est basé sur la recherche active de sens dont la quête est guidée par la *réinterprétation positive* de l'évènement et de ses conséquences(28)(19), que nous détaillons dans la section suivante.

1.3.3 - Bénéfices de la croissance post-traumatique

En sus d'être les auteurs de la théorie précédemment exposée, *Tedeschi* et *Calhoun* sont les créateurs d'un outil fréquemment utilisé dans le domaine de la recherche clinique. Le *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI) permet la mesure de la croissance post-traumatique sur les plans quantitatif et qualitatif en explorant les impacts positifs de l'évènement à travers cinq domaines majeurs(25) et potentiellement favorables à la préservation de la qualité de vie aux soins palliatifs :

- *L'appréciation de la vie* : le vécu traumatique invite l'individu à repenser ses priorités et ses intérêts profonds et est ainsi porteur d'une sensibilité nouvelle à l'égard des expériences dont la vie gratifie l'individu. Celui-ci est souvent plus attentif et plus conscient de la valeur de bienfaits qui lui auraient autrefois paru insignifiants.
- *Des relations interpersonnelles plus profondes* : l'adversité représente une opportunité d'approfondissement des liens affectifs et de leur valeur perçue à travers l'occasion d'intimité, de confiance et d'empathie créée autour de l'évènement, aboutissant en un sens accru de la compassion et des valeurs orientées vers autrui.
- *Un sens accru des forces individuelles* : face à l'adversité, l'individu a du mobiliser ou élaborer un ensemble de ressources méconnues jusque-là. Celles-ci lui ayant permis de dépasser une situation au caractère afflictif, l'individu perçoit plus sereinement les difficultés qui autrefois le mettaient en détresse.
- *De nouveaux buts dans la vie* : suite à la redéfinition du système de valeurs individuelles, certains buts perdent leur sens et laissent place à de nouvelles aspirations s'inscrivant en adéquation avec les nouvelles perspectives individuelles.
- *Des conceptions spirituelles approfondies* : l'adversité peut s'accompagner d'une sensibilité accrue envers les valeurs spirituelles, qu'il s'agisse de foi religieuse ou d'autres conceptions à caractère transcendantal, accessible à l'athée.

Pour restituer fidèlement la théorie de *Tedeschi* et *Calhoun*(25), il convient d'insister sur trois mises en perspectives importantes du concept présentement exposé. Premièrement, il est nécessaire de préciser que la croissance personnelle n'est pas le fruit de la seule adversité et qu'elle peut également émerger de circonstances intensément positives pouvant tout autant remettre en question les valeurs personnelles, lorsqu'elle n'est pas le produit naturel du temps et des expériences quotidiennes non-subversives. Deuxièmement, il serait erroné de considérer la croissance post-traumatique comme un produit constant de l'adversité(20). Troisièmement, la croissance post-traumatique n'exclue en rien la détresse et la souffrance provoquées par l'évènement. Le développement du stress post-traumatique (PTSD) ne lui est donc pas inversement proportionnel, car la croissance post-traumatique et le PTSD ne constituent pas deux extrémités d'un même continuum. D'après *Linley & Joseph*(29), le PTSD atteint en effet la qualité des affects, tandis que la croissance post-traumatique induit un renforcement dans la compréhension intime de soi et du monde. Autrement dit, le PTSD affecte négativement le bien-être subjectif tandis que la croissance post-traumatique affecte positivement le bien-être

psychologique. Ainsi et bien que ces deux versants du bien-être soient la plupart du temps positivement corrélées, ils peuvent se dissocier(27).

1.3.4 - Etat actuel de la recherche sur la croissance post-traumatique

Prévalence et domaines contribuant à la croissance post-traumatique : La croissance post-traumatique a fait l'objet de nombreux travaux portant sur diverses situations afflictives, incluant les catastrophes naturelles, les conflits armés, le veuvage ou diverses situations d'altération de la santé, telles que la sclérose en plaque ou les atteintes néoplasiques. Ces études rapportent une prévalence de changements positifs chez 30 à 70% des individus, avec un score moyen au PTGI situé autour de 60/100 (30–32). D'un point de vue qualitatif, les bénéfices les plus forts et les plus fréquemment cités à travers les études concernent l'appréciation de la vie et les relations interpersonnelles. La croissance des dimensions spirituelles et des nouvelles possibilités restent quant à elles relativement marginales tandis que le domaine des forces personnelles semblent inconstamment renforcé(30,33).

Croissance post-traumatique, dépression et qualité de vie : De nombreux travaux ont par la suite exploré la relation entre la croissance post-traumatique et l'anxiété, la dépression et la qualité de vie. Lorsque des résultats significatifs sont trouvés, ceux-ci sont cependant non-consensuels. Au sein des travaux témoignant de liens consistants, certains auteurs rapportent que la croissance post-traumatique s'accompagne d'une diminution de l'anxiété et de la dépression, tandis que d'autres l'associent au contraire à une péjoration de la santé mentale(34,35). Quant aux études portant directement sur la qualité de vie, celles-ci ne relatent globalement aucun lien significatif, tel qu'en témoigne la méta-analyse d'*Helgeson et al.* en 2006(36). Parmi les études rapportant un lien significatif, les résultats sont inconsistants. En effet, certains auteurs trouvent une relation curvilinéaire en U entre croissance post-traumatique et qualité de vie, tandis que d'autres rapportent une association significative positive, mais marginale(29,37). En revanche, la croissance post-traumatique semble s'accompagner de plus d'issues positives, telles que la satisfaction de vie et les affects positifs, sans pour autant que ceux-ci ne prédisent la présence d'affects négatifs(38,39). Sur la base de ces divergences, il devient difficile de se prononcer sur la relation entre croissance post-traumatique et qualité de vie(29,36).

Facteurs modulateurs et prédicteurs : Tandis que les aspects quantitatifs et qualitatifs de la croissance post-traumatique aient été passablement explorés à travers différents contextes, on peut regretter le manque d'études portant sur d'éventuels facteurs prédicteurs ou modulateurs du phénomène dont la réunion permettrait l'élaboration d'un modèle explicatif des ressources sous-jacentes au processus. Les travaux orientés dans cette perspective relatent un impact globalement faible des variables sociodémographiques sur la croissance post-traumatique et lorsque des liens sont trouvés, ceux-ci sont inconsistants. Concernant les variables médicales, aucun lien n'est franchement retrouvé, qu'il s'agisse du stade de la maladie, des traitements, du type ou du temps d'hospitalisation(20)^{p417}. En revanche, le temps écoulé depuis le diagnostic est parfois rapporté comme un prédicteur important de la croissance post-traumatique, bien que ce lien ne soit pas toujours retrouvé(40,41). Les publications portant sur les variables de personnalités semblent quant à elles plus prometteuses. Celles-ci révèlent en effet des résultats davantage consensuels et interprétables, surtout lorsque ces travaux explorent les variables positives de la personnalité, telles que l'optimisme et les affects positifs qui semblent tous deux particulièrement corrélés avec la croissance post-traumatique(29,42). Pour finir, notons l'importance globalement accordée à la richesse du soutien social ainsi qu'à certaines stratégies de *coping* dans la prédiction de la croissance post-traumatique. Certains travaux relatent en effet que la qualité du soutien conféré par les proches prédise bien la croissance post-traumatique à un an du diagnostic(39), tandis qu'un lien a également pu être établis entre croissance post-traumatique et divers styles de coping actifs, tels que la *réinterprétation positive*(40).

1.3.5 - Conclusion du chapitre sur la croissance post-traumatique

La croissance post-traumatique est caractérisée par un ensemble de changements positifs sur les plans identitaires, relationnels et existentiels ayant fait l'objet de nombreux travaux, notamment dans les domaines oncologiques et palliatifs. Bien que la nature des bénéfices issus de la croissance post-traumatique soit aujourd'hui bien établie, la portée effective du phénomène dans la qualité de vie des patients représente une question actuellement controversée.

Un constat similaire s'applique quant aux variables qui sous-tendent le processus de croissance post-traumatique. L'élaboration d'un modèle intégratif explicatif du phénomène pourrait pourtant permettre le développement d'interventions psychologiques favorisant l'extraction de bénéfices individuels à travers la maladie, à la faveur potentielle de la qualité de vie.

1.4 - Problématique

Le sentiment de gratitude et la croissance post-traumatique semblent représenter des ressources propices à la préservation de la qualité de vie aux soins palliatifs par l'exacerbation de sphères considérées comme déterminantes par les patients dans ce contexte. Malgré un ensemble d'arguments théoriques et empiriques à la faveur d'un tel lien, la littérature actuelle ne permet cependant pas d'en affirmer la véracité. En effet, bien que les bénéfices de l'orientation reconnaissante paraissent prometteurs dans le contexte de fin de vie, nous constatons que la gratitude n'a été que très peu explorée dans cette perspective et que la majorité des études qui lui est relative porte essentiellement sur des populations non-cliniques. Quant à la croissance post-traumatique, de nombreux auteurs se sont effectivement penchés sur la vérification du phénomène auprès de la population palliative, mais ces derniers ne parviennent à trouver de consensus quant à la portée effective des bénéfices de la croissance post-traumatique dans la qualité de vie des patients. Sur la base de ces constatations, nous proposons la conduite d'une étude exploratoire s'articulant autour de quatre objectifs :

- 1- Evaluer la qualité de vie chez des patients palliatifs.
- 2- Evaluer les degrés de gratitude et de croissance post-traumatique chez des patients palliatifs.
- 3- Evaluer dans quelle mesure la gratitude et la croissance post-traumatique sont associées avec la qualité de vie chez ces patients.
- 4- Dans la perspective d'une étude pilote, évaluer l'impact émotionnel et intellectuel des entretiens menés auprès des patients et recenser leurs avis concernant la pertinence des outils employés.

Deuxième partie – Méthodologie

Il s'agit d'une étude pilote observationnelle et transversale menée dans le cadre du Service de soins palliatifs du CHUV et basée sur une méthodologie corrélacionnelle quantitative et qualitative.

La récolte des données a été effectuée par la passation de quatre questionnaires standardisés pour évaluer la qualité de vie, la gratitude et la croissance post-traumatique lors d'entretiens en face à face avec l'étudiant chargé du projet. Un questionnaire supplémentaire a été élaboré par nos soins pour évaluer le ressenti des patients quant à leur participation.

II.1 – Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion suivants ont été définis :

- Patient majeur
- Patient atteint d'une maladie évolutive avancée avec un pronostic estimé inférieur à 6 mois
- Prise en charge dans l'unité d'hospitalisation des soins palliatifs du CHUV ou par l'équipe intra-hospitalière du service
- Stabilité sur le plan somatique au cours des 24 dernières heures

Les critères d'exclusion suivants ont été définis :

- Délirium ou état confusionnel aigu
- Troubles cognitifs
- Réduction de la capacité de discernement
- Problème de communication comme la surdité ou l'allophonie

II.2 - Instruments de mesures

Nous avons pris en compte les données sociodémographiques suivantes : âge, sexe, nationalité, langue maternelle, état civil, niveau d'éducation et profession. Les données relatives au diagnostic principal et la date à laquelle il a été posé ont été recueillies dans les dossiers médicaux des patients.

Les niveaux de gratitude, de croissance post traumatique et de qualité de vie de chaque patient furent évalués respectivement par les questionnaires suivants (c.f. annexes) :

- L'échelle visuelle analogique (EVA) de qualité de vie : cette échelle vise à évaluer la qualité de vie dans sa globalité sur une échelle de 0 à 10.
- The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) : développé par McGee et al. en 1991(43), cet outil n'est actuellement pas validé en français mais a déjà été utilisé et traduit par Rodary et al. en 2005(14). Le SEIQoL s'inscrit dans une démarche idiographique où le participant est invité à identifier jusqu'à cinq domaines importants pour sa qualité de vie et doit attribuer à chaque domaine une valeur de *satisfaction* entre 0 et 100. Le participant doit ensuite estimer dans quelles proportions chacun de ces domaines contribue à sa qualité de vie en leur attribuant une valeur de *pondération*, dont la somme équivaut à 100. Enfin, le SEIQoL offre un *score global* de qualité de vie entre 0 et 100 en effectuant la somme des produits de satisfaction et de pondération.
- The Gratitude Questionnaire (GQ-6) : développé par McCullough et al. en 2002(9) et validé en français par Schankland en 2011(44), cet outil comporte 6 items auxquels le participant attribue une valeur entre 1 et 7, suivant son degré d'accord ou de désaccord avec les

différents items. Un score global d'orientation reconnaissante entre 7 et 42 est ensuite obtenu par addition des notes relatives à chaque item.

Plusieurs études ont cependant relevé les limites des instruments de mesures exclusivement basés sur une méthodologie nomothétique (évaluation d'un concept à partir de questions et de réponses prédéfinies) et insistent sur la nécessité d'une approche complémentaire de type idiographique basée sur les réponses libres des patients(45). Dans le cas de la gratitude, cette approche permettrait notamment de considérer les spécificités individuelles et de prendre précisément en compte les domaines de la vie qui sont à l'origine du sentiment de reconnaissance ou de gratitude, qu'il s'agisse de personnes, d'entités spirituelles, d'événements ou de situations particulières. Le questionnaire d'orientation reconnaissante nous fournirait donc un score quantitatif, représentatif de la présence plus ou moins forte du sentiment de gratitude chez les patients, tandis que les réponses libres permettront un traitement plus qualitatif des données.

- The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI): développé par Tedeschi et Calhoun en 1996(46), cet outil n'est actuellement pas validé en français mais a déjà été traduit dans le cadre d'une thèse de doctorat dont les résultats ont fait l'objet d'une publication par Lelorain et al. en 2010(47). Cet outil comporte 21 items à coter de 0 à 5 afin de mesurer d'éventuels changements positifs suite à un événement de vie grave, comme la maladie. La somme des 21 items offre un score global de croissance post-traumatique allant de 0 à 105. Les 21 items peuvent également être regroupés en cinq sous-échelles comprenant la relation aux proches (0 à 35), les nouvelles possibilités (0 à 25), les forces personnelles (0 à 20), l'appréciation de la vie (0 à 15) et les changements spirituels (0 à 10).

Comme Lelorain, nous jugeons opportun de rajouter deux questions complémentaires auxquelles il s'agit de répondre sur une échelle visuelle de 0 à 10. La première question est la suivante : *Globalement, à quel point diriez-vous que votre maladie a changé négativement votre personne et/ou votre vie?* La seconde question est la suivante : *Globalement, à quel point diriez-vous que votre maladie a changé positivement votre personne et/ou votre vie ?* L'objectif de ces questions est d'avoir également une évaluation des aspects négatifs potentiels de la maladie étant donné que le PTGI ne les prend pas du tout en compte et que cela pourrait entraîner un biais de positivité chez les patients. Ces deux questions seront introduites avant le questionnaire.

- Questionnaire sur les réactions des patients par rapport au déroulement du protocole et au contenu des questionnaires : ce questionnaire a été réalisé par nos soins afin d'évaluer les réactions et avis des patients quant à leur participation et quant aux sujets abordés. Il nous semble en effet pertinent de recueillir les réflexions des patients en vue d'éventuels ajustements des questionnaires. La première question s'intéresse au niveau de stress potentiellement induit par l'entretien en demandant aux patients de coter leur réponse entre « 0=absence de stress » et « 10=stress maximal ». La deuxième question s'intéresse au potentiel de développement personnel que la participation à l'étude peut représenter pour les patients en leur demandant de coter leur réponse entre « 0=aucune opportunité de développement » et « 10=opportunité de développement maximale ». Les troisième et quatrième questions ont pour but d'évaluer l'écart potentiel entre les questions contenues dans les deux instruments et les représentations des patients à propos de la gratitude et de la croissance post-traumatique. Le questionnaire sur la qualité de vie prévu pour ce projet étant largement utilisé dans la recherche en soins palliatifs, il ne fut pas l'objet de question particulière. Une dernière question invitait les patients à exprimer librement leur ressenti.

II.3 - Recrutement des patients et administration des questionnaires

Le service de soins palliatifs du CHUV comprend deux pôles au sein desquels les patients ont été recrutés : (i) une unité d'hospitalisation de 6 lits et (ii) une équipe mobile intra-hospitalière. Pour chacun de ces pôles, un professionnel de référence avait pour mission d'identifier les patients répondant aux critères d'inclusion/exclusion élicités au point II.1 et d'en informer le co-tuteur de l'étudiant. Ce dernier était ensuite invité à rencontrer les patients éligibles pour l'étude. Lors de ce premier contact, l'étudiant était chargé de leur délivrer l'information orale et écrite ainsi que de recueillir leur consentement éventuel par oral. Si la réponse était favorable, l'étudiant et les patients fixaient un rendez-vous à distance de 24h au minimum afin de garantir un temps de réflexion suffisamment long. Lors de ce rendez-vous, l'étudiant s'assurait de la bonne compréhension des patients vis-à-vis de l'étude, répondait aux questions éventuelles de ces derniers et invitait les patients à signer le document de consentement. Les questionnaires étaient ensuite complétés dans la mesure du possible.

La passation des questionnaires était donc à la charge de l'étudiant et était idéalement réalisée en une fois, mais pouvait s'effectuer en deux fois en fonction de la volonté des patients et afin d'éviter un effort trop important en regard de l'état de santé et du degré de fatigue de ceux-ci.

II.4 - Encadrement conféré à l'étudiant

Au vue de la charge émotionnelle potentiellement importante que pouvait soulever une telle investigation, il fut convenu que chaque rencontre entre l'étudiant et les patients ferait l'objet d'une supervision de l'étudiant par son co-tuteur, le Dr. Mathieu Bernard, psychologue de formation et responsable de la recherche au Service de soins palliatifs du CHUV. Il s'agissait d'explorer le vécu de l'étudiant ainsi que de rendre compte de la réaction des patients face aux sujets abordés. Si des difficultés particulières furent révélées chez les patients, il était convenu que l'étudiant devait en informer l'équipe soignante afin d'adapter la prise en charge des patients à leurs besoins, pour autant que les patients soient d'accord. De plus, les entretiens pouvaient être interrompus à tout moment sur demande des patients, ainsi qu'en cas de fatigue ou de détresse psychique manifeste présentée par ceux-ci. Dans cette dernière situation, l'entretien devait être suspendu et l'équipe soignante devait être mobilisée. L'étudiant devait reprendre contact avec les patients dans les jours suivants afin d'évaluer le désir de ces derniers de compléter les questionnaires. Une telle situation ne s'est cependant jamais déclarée.

II.5 – Analyses statistiques

Nous avons effectué des analyses descriptives et corrélationnelles à l'aide du logiciel SPSS. En adéquation avec le reste de la littérature, nous avons considéré les résultats comme étant significatifs lorsque ceux-ci étaient associés à une valeur $p \leq 0.05$.

II.6 – Commission d'éthique cantonale

La présente étude a été soumise pour approbation à la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain et a reçu un avis favorable en date du 14 juillet 2014 (protocole n° 21014).

Troisième partie – Résultats

III.1 – Recrutement des patients

Participation

Dix-huit patients hospitalisés au sein du service de soins palliatifs du CHUV ont été identifiés selon les critères d'inclusion et d'exclusion entre août 2014 et mars 2015.

Parmi ceux-ci, deux ont été exclus pour s'être révélés trop instables sur les plans cognitif et psychologique. Six patients ont ensuite refusé de participer, témoignant d'une fatigue ou d'une anxiété trop intenses. Au total, 10 patients ont complété les questionnaires. Le taux de réponse s'élève ainsi à 62%, avec une majorité de participants provenant directement de l'unité d'hospitalisation du service.

Description de l'échantillon

L'ensemble des données sociodémographiques est listé dans le tableau 1. Les patients sont âgés de 63 à 91 ans et les femmes sont majoritaires. Tous les patients sont de nationalité suisse et parlent parfaitement le français. Les patients veufs ou divorcés représentent près de 80% de l'échantillon.

Données médicales

Hormis une patiente souffrant de broncho-pneumopathie chronique obstructive terminale, tous les patients sont atteints de pathologies néoplasiques. Deux d'entre eux ont été diagnostiqués il y a moins d'une année, tandis qu'un patient se trouve dans le parcours de soins depuis plus de 35 ans. Malgré le manque de précision de nos données à ce sujet, nous estimons la médiane d'ancienneté du diagnostic à 5 ans.

Tableau 1 - Données sociodémographiques

Variables	Valeur	(%)
Provenance (n=10)		
Unité de soins palliatifs	6	(60)
Service de médecine	4	(40)
Sexe (n=10)		
Homme	4	(40)
Femme	6	(60)
Age (n=9)		
Moyenne	75.9	
Ecart-type	9.4	
Min - max	63 à 91	
Nationalité (n=9)		
Suisse	9	(100)
Autre	0	(0)
Langue maternelle (n=9)		
Français	7	(78)
Italien	1	(11)
Allemand	1	(11)
Etat civil (n=9)		
Célibataire	0	(0)
Marié	2	(22)
Divorcé/séparé	3	(33.5)
Veuf	4	(44.5)
Dernière école (n=9)		
Obligatoire	2	(22)
Ecole pro/apprentissage	3	(33.5)
Haute école	1	(11)
Université	3	(33.5)
Profession (n=9)		
Employé	6	(67)
Cadre/fonctionnaire sup	2	(22)
Patron d'entreprise	1	(11)

III.2 - Analyses descriptives

Le tableau 2, ci-dessous, recense l'ensemble des données descriptives relatives à la qualité de vie, la gratitude et la croissance post-traumatique. Les résultats qualitatifs issus des champs nomothétiques relatifs à la qualité de vie et à la gratitude sont illustrés par les figures 1 et 2.

Tableau 2 - Résultats descriptifs

	Moyenne	E-T	Min	Max
Qualité de vie (score EVA - 0 à 10)	4.1	3.1	0.8	10.0
Qualité de vie (score global SEIQoL - 0 à 100)	64.2	15.7	40.5	87.5
Gratitude (score GQ6 - 6 à 42)	31.5	5.5	23.0	42.0
Croissance post-traumatique (score PTGI - 0 à 105)	47.8	23.2	22.0	91.0
Sous-échelles PTGI				
Relations aux proches (0 à 35)	20.2	8.5	10.0	32.0
Nouvelles possibilités (0 à 25)	9.0	5.7	4.0	20.0
Forces personnelles (0 à 20)	9.3	4.4	3.0	16.0
Appréciation de la vie (0 à 15)	6.8	4.5	1.0	15.0
Changements spirituels (0 à 10)	2.6	3.0	0.0	9.0
Impact négatif de la maladie (0 à 10)	4.2	2.9	0.0	8.0
Impact positif de la maladie (0 à 10)	3.5	3.1	0.0	10.0

La qualité de vie

- Echelle visuelle analogique

La qualité de vie moyenne de nos patients est de 4.1 (ET=3.1). La moitié de l'échantillon rapporte une qualité de vie largement entravée avec des notes ≤ 2.8 sur 10, tandis que deux patients disposent d'une qualité de vie particulièrement préservée, avec des scores atteignant 8.3 et 10 sur 10, respectivement.

- SEIQoL

La qualité de vie moyenne calculée sur la base du score global SEIQoL est de 64.2 (ET=15.7). Avec un minima situé à 40.5, la distribution de l'échantillon est uniforme dès la moitié supérieure de l'échelle.

Les patients citent en moyenne 4.3 domaines importants dans leur qualité de vie. Comme l'illustre la figure 1, les plus

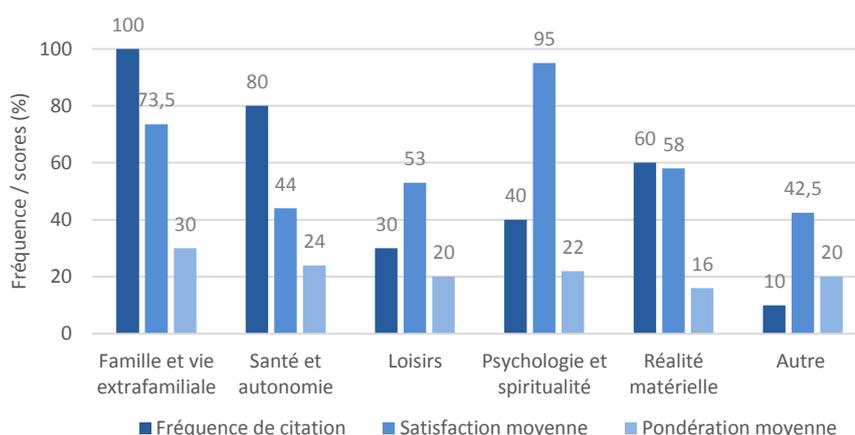


Figure 1 - Domaines de qualité de vie - SEIQoL

communément mentionnés sont ceux des liens sociaux (cités par la totalité des effectifs) et de la santé-autonomie (cités par huit patients sur dix). Ces domaines sont également les plus importants déterminants de la qualité de vie, avec des moyennes de pondération atteignant respectivement 30% et 24%. Les moyennes relatives au degré de fonctionnement-satisfaction par domaine offrent une toute autre disposition, avec le domaine des ressources psychologiques et spirituelles en tête (95% de satisfaction) suivi par les liens sociaux (74%), tandis que le domaine de la santé-autonomie reste particulièrement entravé dans son fonctionnement (44%).

La gratitude

La moyenne de la propension de nos patients à éprouver de la gratitude est de 31.5 (ET=5.5). La moitié des effectifs se situe entre 30 et 33 points.

Pour offrir un profil d'orientation reconnaissante plus détaillé des patients, nous leur avons demandé de citer au maximum cinq domaines leur évoquant de la gratitude. Nous avons ensuite recatégorisé ces derniers suivant le même canevas que pour le SEIQoL. Les patients ont cité 3.2 domaines en moyenne. Les domaines des liens sociaux restent les plus communément mentionnés (100%) tandis que celui des ressources psychologiques et spirituelles (45%) s'aligne sur le score de la santé-autonomie (45%), suivi par les autres domaines (33%), la réalité matérielle (22%) et les loisirs (10%). La figure 2, ci-dessus, représente les proportions de citations par rapport au nombre total de domaines mentionnés.

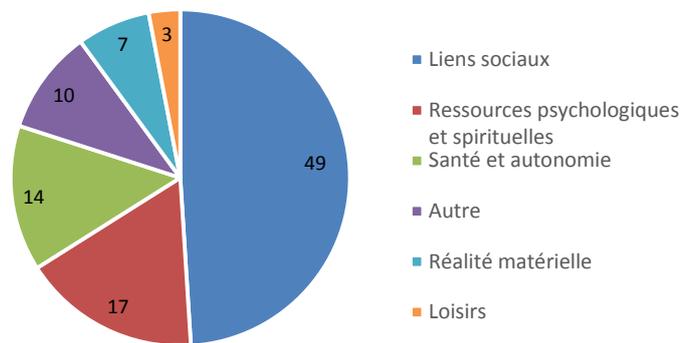


Figure 2 - Proportions des domaines cités dans le GQ6

La croissance post-traumatique

- Echelles visuelles analogiques

Bien que leur moyenne soient comparables, l'impact négatif (M=4.2, ET=2.9) est discrètement prédominant par rapport à son homologue positif (M=3.5, ET=3.1). Les effectifs suivent une distribution uniforme sur les deux échelles. Notons qu'aucune corrélation n'a été trouvée entre ces deux scores et que ceux-ci n'entretiennent aucun lien significatif avec le score au PTGI.

- PTGI

Le score total moyen de la croissance post-traumatique est de 47.8 (ET=23.2). Seuls trois patients atteignent la seconde moitié de l'échelle avec des scores respectivement de 51, 88 et 91 sur 105.

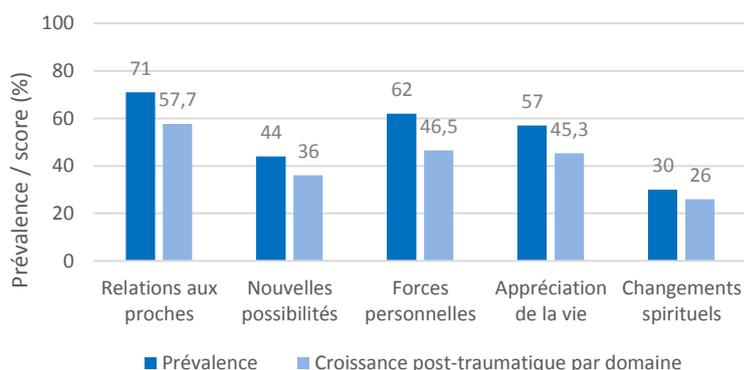


Figure 3 - Scores PTGI

En moyenne, le domaine le plus intensément vécu est celui de la relation aux proches (M=20.2, ET=8.5), tandis que le domaine des nouvelles possibilités et des changements spirituels se trouvent en marge du développement (respectivement M=9, (ET=5.75) et M=2.6, (ET=3.0)). Dans la mesure où chacun de ces domaines disposent d'un total de points différent, la figure 3, ci-contre, illustre ces mêmes résultats sous forme de pourcentages.

Afin d'orienter notre analyse différemment et en s'inspirant des travaux de Lelorain(48), nous avons ensuite dichotomisé les scores de chaque item et pour chaque patient en deux catégories, comme suit : lorsque le score d'un item est $\geq 2/5$, celui-ci est considéré comme « vécu » et le patient est donc « touché » par la croissance relative à cet item. Ceci nous permet d'analyser le

vécu traumatique sous un angle plus qualitatif des données et d'estimer la prévalence de la croissance post-traumatique pour chaque domaine. Ainsi et comme l'illustre la figure 3, ci-dessus, nous pouvons dire que la prévalence de patient ayant « vécu » une croissance post-traumatique pour chaque domaine s'établit selon un ordre identique aux degrés de croissance post-traumatique moyens : le domaine relationnel touche la majorité des patients (71%), loin devant l'accroissement des forces personnelles (62%), de l'appréciation de la vie (57%), des nouvelles possibilités (44%) et des changements spirituels (30%).

III.3 - Analyses corrélationnelles

Après avoir récolté les données relatives à chaque variable, nous avons cherché d'éventuelles associations entre elles. Le tableau 3 ci-dessous présente les valeurs corrélationnelles que nous avons effectuées.

Tableau 3 - Analyses corrélationnelles entre qualité de vie, gratitude et croissance post-traumatique

	EVA	SEIQoL	GQ6	PTGI	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Impact neg	Impact pos
Qualité de vie - EVA											
Qualité de vie - SEIQoL (global)	.672*										
Gratitude - GQ6	.641*	.443									
Croissance post-traum - PTGI	.297	.130	.548								
Relations aux proches (1)	.215	.066	.256	.868**							
Nouvelles possibilités (2)	.376	.148	.502	.927**	.715*						
Forces personnelles (3)	.358	.138	.764*	.850**	.651*	.707*					
Appréciation de la vie (4)	.033	.309	.465	.863**	.576	.846**	.697*				
Changements spirituels (5)	.361	-.023	.721*	.939**	.685*	.881**	.870**	.888**			
Impact neg de la maladie	-.625	-.755*	-.610	.087	.342	.016	-.124	.015	-.172		
Impact pos de la maladie	.790*	.672	.759*	.653	.449	.615	.737*	.523	.755*	-.527	

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Qualité de vie et gratitude

Un lien significatif a été mis en évidence entre les scores rapportés sur l'échelle visuelle analogique de la qualité de vie et les scores GQ6 ($r=.64$, $p=.05$). Nous n'avons cependant pas retrouvé ce lien lors de l'analyse corrélationnelle des scores globaux SEIQoL et GQ6.

Nous avons notamment exploré l'éventualité d'un lien qualitatif à travers la comparaison des domaines mentionnés dans chacun des questionnaires. En moyenne, un patient cite deux domaines communs entre le SEIQoL et le GQ6. Nous pouvons donc dire que 63% des domaines évoquant de la gratitude chez un patient comptent également dans sa qualité de vie. Inversement, nous avons trouvé que 45% des domaines importants dans la qualité de vie évoquent un sentiment de gratitude. Notons enfin l'importance communément accordée aux domaines des liens sociaux et de la santé-autonomie au sein du SEIQoL comme au sein du GQ6.

Qualité de vie et croissance post-traumatique

A l'instar de l'analyse corrélacionnelle entre le score global du PTGI et l'échelle visuelle analogique de la qualité de vie, aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre les scores globaux du SEIQoL et du PTGI. Il en va de même lorsque l'on explore plus finement les associations entre les 5 sous-échelles du PTGI et le score global SEIQoL, ou lorsque l'on cherche une association entre la satisfaction des domaines SEIQoL et le score global du PTGI.

En revanche, l'échelle EVA de la qualité de vie entretient un lien modéré (bien que non significatif) avec trois sous-échelles du PTGI, à savoir les nouvelles possibilités ($r=.38$, $p=.28$), les forces personnelles ($r=.36$, $p=.31$) et les changements spirituels ($r=.36$, $p=.31$).

Par ailleurs, le score SEIQoL est négativement corrélé avec les scores de l'échelle visuelle analogique relative à l'impact négatif de la maladie, avec $r=-0.75$, $p=.03$. De plus, l'échelle visuelle analogique de la qualité de vie est positivement corrélée à l'échelle visuelle analogique relative à l'impact positif de la maladie, avec $r=.79$, $p=.02$.

Croissance post-traumatique et gratitude

Nous avons cherché une corrélation entre les scores globaux du GQ6 et du PTGI. Celle-ci s'est révélée non-significative, avec $r=.55$ ($p=.10$).

Nous avons ensuite affiné notre analyse en cherchant une corrélation entre les scores relatifs aux cinq domaines du PTGI et les scores GQ6. Ce test révèle un lien positif et significatif pour les domaines des forces personnelles ($r=.76$, $p=.01$) et de la spiritualité ($r=.72$, $p=.02$).

Enfin, le score GQ6 s'est trouvé positivement corrélé avec l'échelle visuelle analogique relative à l'impact positif de la maladie ($r=.76$, $p=.03$).

III.4 - Données relatives à la participation des patients et aux avis de ces derniers

L'ensemble des entretiens s'est déroulé correctement, si bien qu'aucun cas de détresse psychique manifeste ou de fatigue excessive n'a été rapporté durant l'étude. Bien que la méthodologie prévoyait la possibilité de compléter les questionnaires en plusieurs fois afin d'éviter une fatigue excessive des patients, un seul entretien par participant aura été nécessaire. Le temps requis pour répondre aux questions s'est étendu entre 45 minutes et 2 heures, avec une moyenne à 80 minutes. La fiabilité des réponses a été évaluée par l'investigateur avec une moyenne à 3 sur une échelle entre 0 et 4.

Le stress engendré chez les patients suite à leur participation s'est trouvé très limité, avec une moyenne de 1 sur 10 et un maximum atteignant 5. Enfin, l'intérêt porté par les patients vis-à-vis des questionnaires s'est élevé en moyenne à 5.5 sur 10. Quatre patients disent en effet avoir trouvé l'étude intéressante et stimulante pour la réflexion sur leur propre vécu de la maladie. Finalement, aucun patient n'a émis de remarque au sujet des questionnaires ou de la pertinence de leur contenu.

Quatrième partie – Discussion et conclusion

IV.1 - Discussion

Nous avons mené une étude pilote auprès de 10 patients recrutés au sein du service de soins palliatifs du CHUV. Nous avons mesuré leur qualité de vie et recensé les déterminants individuels de cette dernière. Nous avons ensuite quantifié le degré d'orientation reconnaissante des participants, puis nous avons exploré les changements psychologiques éventuels dus à la maladie. Après avoir extrait les données relatives à chacune de ces variables, nous avons cherché d'éventuels liens entre elles. Nous commencerons donc par discuter des résultats relatifs aux analyses descriptives avant de porter notre attention sur les résultats corrélacionnels.

Dans la perspective d'une étude pilote, nous orienterons notre discussion principalement envers deux catégories d'informations : la mise en exergue des biais méthodologiques rencontrés au cours de l'étude d'une part, et les premières observations d'ordre psychologique d'autre part, bien que la portée de ces dernières se trouve avec évidence fortement restreinte au vue de la puissance statistique dont nous disposons.

IV.1.1 - Analyses descriptives des données

La qualité de vie

Il est intéressant de constater la tendance dichotomique des réponses apportées par les patients sur le score EVA relatif à la qualité de vie. Cette première observation traduit certainement la difficulté que représente l'évaluation subjective de la qualité de vie dans sa globalité. L'attention des patients semble en effet se focaliser sur les aspects les plus saillants de cette dernière avant de lui attribuer une note extrême. Nous commencerons donc par valoriser l'outil qu'est le SEIQoL puisqu'il semble permettre la prise en compte d'un plus grand nombre de paramètres relatifs à la qualité de vie, à la faveur d'une restitution plus fidèle de cette variable particulièrement complexe à saisir dans son ensemble.

Les scores issus de ces deux outils sont néanmoins positivement corrélés et relatent d'ailleurs une qualité de vie passablement entravée dans son fonctionnement. Les résultats relatifs aux champs nomothétiques du SEIQoL traduisent quant à eux l'investissement particulier des patients envers les liens affectifs, ceux-ci prenant ainsi la place que l'on aurait instinctivement tendance à attribuer à la santé et à l'autonomie. Outre le fait de marquer ici encore la nature relative et subjective de la qualité de vie, nous pouvons supposer que nos patients aient pu réduire leurs aspirations propres à la santé compte-tenu du caractère inertiel de leur pronostic, au profit des valeurs altruistes alors sublimées par le contexte d'incertitude en lien avec la maladie. Ceci pourrait expliquer la place prépondérante occupée par les proches dans la qualité de vie de nos patients.

Dans ce contexte, les ressources psychologiques et spirituelles sont également particulièrement convoitées, probablement car au-delà d'être relativement préservées de l'adversité somatique et de maintenir ainsi une part d'autonomie et de potentialités de croissance personnelle, ces ressources permettent vraisemblablement de donner une perspective différente à la situation et d'en apaiser les conséquences psychiques au profit de la qualité de vie, tel qu'en témoigne la satisfaction dans ces domaines.

Le score global SEIQoL de nos patients ainsi que la place qu'accordent ces derniers aux domaines relationnels, somatiques et existentiels sont comparables au reste de la littérature oncologique(4,14,15). Notons cependant que de telles comparaisons soient à prendre avec

circonspection, tel que le soulignent les auteurs de l'outil(49). En effet, bien que le score global SEIQoL semble permettre de comparer différentes populations avec aisance, le design originel de celui-ci ne se destine nullement à une telle utilisation mais plutôt à l'analyse clinique individualisée des déterminants de la qualité de vie, puisque deux patients aux scores globaux similaires peuvent en réalité revêtir deux profils nomothétiques fort dissemblables, eux-mêmes sujets à des biais investigateur-dépendants(14). Cette constatation nous permet d'entrevoir les limitations dont souffre l'usage des outils nomothétiques dans le domaine de la recherche et dont nous détaillerons les conséquences dans la section correspondante.

L'orientation reconnaissante

Nous commencerons par remarquer la dispersion de l'échantillon sur le score GQ6 qui, par l'effet du hasard ou par manque de discrimination de l'outil utilisé, concentre 50% des effectifs dans une étendue ne représentant que 11% de l'échelle.

Quoi qu'il en soit, nos patients ne semblent que modérément orientés vers la reconnaissance. La pertinence d'une telle affirmation est cependant limitée par le manque de comparabilité des scores GQ6 avec le reste de la littérature. Celle-ci témoigne en effet d'une grande hétérogénéité dans les scores et les populations considérés, rendant difficile une interprétation de la valeur GQ6 en soi. Nous en déduisons que celle-ci ne détienne que peu d'informations absolues et que son réel intérêt réside davantage dans sa corrélation avec d'autres variables.

Afin d'offrir un profil d'orientation reconnaissante plus détaillé des patients, nous leur avons demandé de citer jusqu'à 5 domaines leur évoquant de la gratitude. Au vu des résultats relatifs à la qualité de vie, nous ne sommes pas surpris de découvrir que la totalité des patients éprouve de la reconnaissance envers leurs proches. Sans nous surprendre davantage, les ressources psychologiques et spirituelles inspirent la reconnaissance de ceux qui les cultivent, probablement car la portée de telles considérations permet une certaine émancipation psychique du patient face aux aléas somatiques.

Nous sommes en revanche étonnés de constater que le domaine de la santé et de l'autonomie reste l'un des plus cités, en dépit du contexte. L'explication nous est révélée lorsque l'on considère les domaines bruts mentionnés par les patients. En effet, tandis que les participants font référence aux restrictions de la maladie au sein du SEIQoL, les patients témoignent leur reconnaissance en évoquant la qualité des soins et l'investissement des équipes médicales au sein du GQ6. Ceci explique que ce domaine souffre d'un caractère péjoratif dans le SEIQoL, mais soit positivement considéré dans le GQ6.

La croissance post-traumatique

Certains auteurs attribuent au phénomène de croissance post-traumatique un caractère illusoire dont le but serait de masquer les séquelles imputables à l'évènement traumatique afin de préserver une sensation de bien-être à travers la projection de bénéfices perçus mais irréels(50). Les résultats que nous avons obtenus par le biais des échelles visuelles analogiques viennent relativiser le risque d'un déni de négativité, tel qu'en témoigne l'absence d'association entre les deux échelles visuelles analogiques relatives à l'impact respectivement négatif et positif de la maladie. En effet, leur score n'étant pas inversement proportionnel, la perception de bénéfices à travers la maladie n'implique aucunement la négation de la souffrance engendrée par cette dernière. Ce constat fait par ailleurs favorablement écho à la théorie de *Tedeschi et Calhoun*(25), selon laquelle la détresse et les bénéfices relatifs au traumatisme ne représentent nullement deux pôles d'un même continuum, mais coexistent plutôt sur deux axes indépendants.

Au-delà des considérations portant sur d'éventuels biais de perception, la dispersion de l'échantillon sur le score PTGI témoigne de la bonne sensibilité de l'outil. Conformément à la

littérature, le domaine des liens affectifs se révèle être le plus intensément vécu par les patients(47,51). Ceux-ci se sentent plus intimes avec leurs proches, relatant l'opportunité d'empathie conférée par la maladie et ses épreuves. Par analogie, plus de la moitié des patients rapporte une exacerbation de l'appréciation de la vie et accepte davantage la façon dont les choses se passent. La majorité des patients décrit également un sentiment de forces personnelles accrues suite au combat mené contre la maladie, tandis que les domaines des nouvelles possibilités et des changements spirituels restent quant à eux en marge du développement.

Pour expliquer ce dernier constat, Lelorain(48) invoque ici les divergences populationnelles et culturelles établies entre le collectif ayant servi de base à l'élaboration de la structure factorielle du PTGI par comparaison à un échantillon clinique tel que le nôtre. En effet, le PTGI a été développé auprès d'étudiants de culture américaine et ayant vécus toutes sortes de traumatismes, tandis que nous considérons une population cancéreuse suisse âgée de 76 ans en moyenne et dont les conceptions sur la spiritualité peuvent nourrir de fortes divergences avec les étudiants précédemment cités, diminuant la sensibilité du PTGI à cet égard.

Enfin, lorsque nous comparons davantage nos résultats à ceux de la littérature, l'on s'aperçoit qu'hormis le domaine des liens sociaux, la croissance de nos patients se trouve globalement en retrait. Ce constat peut à nouveau s'expliquer sur la base des populations respectivement considérées. Tandis que les deux auteurs cités en référence(47,51) considèrent des femmes en rémission d'un cancer du sein, notre étude porte sur des patients palliatifs dont l'état de santé nécessite une hospitalisation, ce qui vient certainement limiter la perception de forces individuelles, d'appréciation de la vie et de possibilité de la réorienter. Nous pouvons conclure de cette observation qu'une certaine distance temporelle de l'évènement semble nécessaire pour permettre l'expression des nouvelles conceptions relatives à soi et son rapport au monde, au risque que l'intrication entre l'élaboration de ressources et le traumatisme vienne limiter la sensation de croissance. Le domaine relationnel semble quant à lui jouir d'un développement plus immédiatement perceptible par les patients, probablement car les proches eux-mêmes partagent et potentialisent une telle croissance.

IV.1.2 - Analyses associatives des données

Qualité de vie et gratitude, quel lien ?

Nous pensions que l'orientation reconnaissante pouvait soutenir la qualité de vie par ses caractéristiques intrinsèques d'appréciation de la vie et d'extraction des bienfaits en toutes circonstances(12). Tandis que l'analyse corrélacionnelle entre les scores globaux SEIQoL et GQ6 ($r=.44$, $p=.20$) ne soutienne que partiellement notre hypothèse, l'association significative entre le score EVA relatif à la qualité de vie et le score GQ6 ($r=.64$, $p=.05$) tend clairement à la corroborer. Nous tentons d'expliquer ces différences d'association et de significativité par le contenu respectivement exploré par les outils employés.

Notre première explication relate une erreur méthodologique à travers les variables considérées par le SEIQoL. Nous avons effectivement supposé qu'un fort degré d'orientation reconnaissante soit associé à la qualité de vie dont nous avons pris comme témoin le degré de satisfaction envers différents domaines importants pour cette dernière. Or, il convient de rappeler que si l'orientation reconnaissante favorise l'appréciation de la vie en toutes circonstances, celle-ci n'entretient justement aucun lien avec le degré de fonctionnement des domaines entravés. Cette remarque est particulièrement valable pour les domaines de la santé-autonomie, de la réalité matérielle et des loisirs, dont le degré de fonctionnement est par ailleurs excessivement tributaire de contingents somatiques pour se trouver à la portée des ressources psychologiques individuelles. En effet, si la santé est entravée dans son fonctionnement, le fait d'être reconnaissant dans la vie n'atténuera certainement pas cette entrave, mais plutôt les répercussions psychiques de celle-ci.

Ceci pourrait expliquer la faible association entre le SEIQoL et le score GQ6, dans la mesure où le SEIQoL paraît excessivement orienté envers les déterminants matériels et somatiques de la qualité de vie semble souffrir d'un manque de sensibilité envers les sphères réellement impactées par le sentiment de gratitude. L'échelle visuelle analogique pourrait contourner ces restrictions par une mesure plus globale de la qualité de vie, ce qui expliquerait son degré d'association avec le score GQ6.

Qualité de vie et croissance post-traumatique, quel lien ?

La littérature ayant exploré cette question témoigne d'une grande hétérogénéité. En effet, tandis que la méta-analyse d'*Helgeson et al.* en 2006(36) ne relate aucun lien significatif entre qualité de vie et croissance post-traumatique, certains auteurs trouvent une relation curvilinéaire en U entre ces deux variables alors que d'autres rapportent une association significative positive, mais marginale(29,37).

Tandis que certains de nos résultats tendent à écarter la probabilité d'un tel lien, d'autres profitent d'une portée plus mesurée pour la corroborer. Effectivement, le score global SEIQoL et le score EVA relatif à la qualité de vie n'offrent aucune corrélation significative avec le score PTGI. Cependant, trois des cinq sous-échelles du PTGI, disposent d'un degré d'association non négligeable avec l'échelle EVA de la qualité de vie, laissant entrevoir la possibilité d'un lien entre cette variable et la croissance post-traumatique.

Par ailleurs, l'échelle EVA est corrélée statistiquement de manière positive à la perception d'un impact positif de la maladie ($r=.79$, $p=.02$), tandis que le score SEIQoL est corrélé statistiquement de manière négative avec la perception d'un impact négatif de la maladie ($r=-.75$ et $p=.03$). Nous allons tenter d'expliquer ces résultats à travers deux hypothèses dont le point commun est l'invocation d'une erreur conceptuelle et méthodologique, notamment vis-à-vis des outils choisis pour représenter la qualité de vie.

Premièrement, nous pensons que les deux scores globaux SEIQoL et PTGI explorent des domaines trop dissemblables et qu'ils ne se reflètent pas suffisamment l'un dans l'autre pour qu'une association logique puisse découler de leur corrélation. Par exemple, l'accroissement des forces personnelles du PTGI ne trouve, à proprement parler, aucun écho direct au sein du SEIQoL.

De plus et telle qu'en témoigne l'association du SEIQoL avec la perception de l'impact négatif de la maladie, il semble probable que cet outil soit excessivement orienté envers les déterminants premiers de la qualité de vie et ses entraves, tandis que les bénéfices de la croissance post-traumatique se situent sur d'autres plans. En effet, le fait qu'un domaine entravé dans son fonctionnement puisse favoriser un certain degré de croissance post-traumatique n'implique pas forcément la restriction de cette entrave, mais plutôt une diminution des répercussions psychiques de celle-ci par la mobilisation de ressources individuelles ou collectives. Autrement dit, il est possible que la croissance post-traumatique puisse provenir des entraves recensées au sein du SEIQoL mais qu'elle se manifeste par un processus qui ne serait pas capté par celui-ci, ce qui pourrait expliquer l'absence de lien statistique entre qualité de vie et croissance post-traumatique.

Deuxièmement, il convient justement de rappeler un élément important de la théorie de *Tedeschi et Calhoun* (2004) où les auteurs précisent que la croissance post-traumatique est intrinsèquement liée à un important degré de détresse et que les ressources ainsi élaborées n'excluent en rien la souffrance provoquée par le traumatisme. La relation entre qualité et de vie et croissance post-traumatique est donc tributaire d'interactions à la fois positives et négatives rendant caduque toute tentative de corrélation entre le PTGI et un score global de qualité de vie. Ceci explique notamment la faible intensité du lien entre l'échelle EVA relative à la qualité de vie et le PTGI, tandis que cette même échelle est bel et bien corrélée à la perception d'un impact positif de la maladie.

Finalement et suite à ces remarques, nous concluons à la nécessité de considérer des sphères plus directement impactées par la croissance post-traumatique, telles que les sphères relationnelle et spirituelle, afin de mieux refléter le lien entre cette variable et la qualité de vie.

Nous sommes dès lors surpris par l'absence de lien significatif émanant des analyses corrélationnelles entre le PTGI et les sous-domaines relationnels et spirituels du SEIQoL. Une réflexion approfondie nous mène alors à penser que ces deux scores pourraient être intrinsèquement incomparables au vue de leur nature et de leur référentiel temporel respectifs. En effet, tandis que le score SEIQoL serait de nature absolue et ancrée dans le présent, le score PTGI ferait notamment référence à un état individuel antérieur. Au-delà d'un risque de biais évidents par le caractère rétrospectif des réponses, la corrélation de ces deux scores deviendrait vide de sens puisque deux notes diamétralement opposées sur l'échelle du PTGI pourraient en toute logique correspondre à un degré de satisfaction actuel identique.

Croissance post-traumatique et gratitude, quel lien ?

A l'instar d'autres auteurs, nous avons pensé que la gratitude puisse entretenir un lien avec la croissance post-traumatique. Tandis que cette possibilité ait été émise par *Linley* et *Joseph* en 2004 (29), celle-ci ne semble cependant pas avoir fait l'objet d'investigation. Ces auteurs émettent pourtant l'hypothèse selon laquelle la gratitude puisse être intimement liée au phénomène de croissance post-traumatique et que l'exploration de ce lien puisse poser les prémises de réflexions nouvelles quant aux ressources qui sous-tendent ce processus. Nous allons éliciter une série d'arguments à la faveur de ce lien potentiel en s'appuyant sur les résultats que nous avons obtenus. Au vu du design transversal de l'étude, nous envisagerons l'éventualité du lien dans sa bidirectionnalité.

Nous commençons par relever le fait que le domaine relationnel soit à la fois le plus intensément impacté par la maladie et le plus mentionné au sein du GQ6. Sur la base de ce constat, nous pouvons imaginer que la maladie et l'opportunité d'empathie qu'elle représente ait pu mettre les liens affectifs en valeur et susciter ainsi un sentiment de reconnaissance à l'égard des proches. La croissance post-traumatique pourrait donc se manifester par une exacerbation du sentiment de gratitude.

Nous avons ensuite trouvé que le score GQ6 était corrélé avec les domaines des forces personnelles ($r=.76$, $p=.01$) et l'approfondissement des conceptions spirituelles ($r=.72$, $p=.02$). Pour expliquer ces résultats, nous pouvons imaginer que les ressources ainsi développées aient pu favoriser la perception de points de repères identitaires et transcendants favorables à la préservation psychique individuelle face aux aléas somatiques et plaçant ainsi la croissance post-traumatique comme source potentielle d'exacerbation du sentiment de gratitude.

Nous pouvons cependant comprendre l'ensemble de ces résultats dans une directionnalité inverse. Tel que le corrobore l'association positive entre le score GQ6 et la perception d'un impact positif de la maladie, les individus reconnaissants disposent d'un biais de positivité permettant l'extraction de bénéfices dans des situations chargées de souffrance. Or, il est établi que la *réinterprétation positive* se trouve au cœur de cette faculté(19). Cette dernière se trouvant justement étroitement corrélée à la croissance post-traumatique(29), il semble légitime d'envisager que l'orientation reconnaissante puisse à son tour potentialiser la croissance à travers la maladie.

Finalement, le lien entre croissance post-traumatique et gratitude pourrait bien être bidirectionnel. Si une telle éventualité se confirmait, nous pourrions conclure que ces deux variables puissent se potentialiser mutuellement, ce qui représenterait un enjeu intéressant à exploiter en clinique.

IV.1.3 - Limitations de l'étude

Pour terminer notre discussion, nous attirons tout d'abord l'attention sur certaines restrictions relatives à la portée de nos résultats. La plus évidente concerne la faible puissance statistique de l'étude, puisque seuls 10 patients ont complété les questionnaires. De plus, nous rapportons un certain biais de représentativité de la population, puisque les patients ont été recrutés au décours d'une phase inaugurale ou d'exacerbation de la maladie, nécessitant une hospitalisation.

Dans le cadre d'une étude exploratoire, il nous paraît également essentiel de détailler certaines limitations d'ordre méthodologique, notamment concernant l'usage des champs nomothétiques. En effet, bien que l'utilisation de ces outils permette l'extraction de précieuses informations dans une perspective d'analyse individuelle de la variable considérée, l'exploitation de ceux-ci en recherche clinique rencontre d'importantes limitations.

Premièrement, il est essentiel de réaliser que la verbalisation des domaines subjectivement jugés comme fondamentalement liés à la qualité de vie ou au sentiment de gratitude individuels requiert de hautes capacités d'introspection et d'élaboration psychique, tandis que celles-ci sont souvent entravées par la maladie et sa symptomatologie. La validité des réponses obtenues lors des entretiens est ainsi tributaire d'un ensemble de variables à ne pas négliger, tel que le confort somatique et psychique des patients, l'envie et les ressources instantanées de ceux-ci face aux questions posées, le temps que leur accorde l'investigateur et enfin, la participation de ce dernier au raisonnement parfois paradoxal des patients.

Deuxièmement, tandis que l'on valorise avec justesse la pertinence des outils nomothétiques dans une démarche d'exploration individuelle de la variable considérée, l'exhaustivité de l'information ainsi obtenue se heurte aux impératifs statistiques inhérents à la recherche clinique, notamment lors de la catégorisation. Au-delà de ce paradoxe méthodologique singulier où la richesse tant convoitée de l'information est délaissée au profit de catégories prévues pour contenir les paroles du plus grand nombre, cette tentative de standardisation des propos des patients nécessite une réinterprétation investigateur-dépendante. En effet, au-delà des domaines bruts mentionnés par les patients réside souvent un propos fondamental n'ayant pu être pleinement verbalisé et qu'il s'agit de discerner avant que ne s'effectue l'étape critique de son attribution dans une catégorie particulière. Or, cette étape représente une indéniable source de confusion dont il aurait été préférable de mesurer l'ampleur par le biais d'un test inter-rater.

Ainsi et bien que les champs nomothétiques de ces outils permettent d'explorer leur variable avec plus de finesse que ne s'en contenterait un score unidimensionnel, le recensement de l'information et son exploitation souffrent de certains biais imputables aux participants comme aux impératifs statistiques. Face aux exigences de la pratique fondée sur les preuves, ces limitations viennent remettre en question la pertinence des champs nomothétiques dans le domaine de la recherche.

En définitive, nous pensons que le juste milieu entre l'unidimensionnalité d'un score global et la richesse délicatement exploitable des champs nomothétiques se trouvent dans des questionnaires directifs et standardisés, explorant cependant la majeure partie des facettes relatives à l'objet de leur investigation. Un bon exemple est le *Post-Traumatic Growth Inventory* développé par *Tedeschi* et *Calhoun*(46). Celui-ci permet en effet une exploration à la fois standardisée et multidimensionnelle de la variable considérée et ne comprend aucun risque de biais de recatégorisation investigateur-dépendant.

Pour terminer, il convient de souligner les limites relatives au caractère transversal de l'étude. Afin de pouvoir se prononcer quant à la directionnalité des liens supportés par nos résultats, la conduite d'une étude longitudinale est d'une nécessité inconditionnelle.

IV.2 - Conclusion

De manière générale, la sphère relationnelle profite d'un investissement particulièrement marqué chez nos patients. En effet, ce domaine représente à la fois le principal déterminant de la qualité de vie aux soins palliatifs, le principal contingent du sentiment de gratitude et le domaine le plus favorablement impacté par la croissance post-traumatique. Tandis que cette constatation laisse entrevoir la possibilité d'un lien entre ces trois variables, nos résultats associatifs tendent à appuyer cette éventualité.

Nous émettions en effet l'hypothèse selon laquelle la gratitude et la croissance post-traumatique puissent favoriser la qualité de vie aux soins palliatifs par le renforcement de sphères considérées comme déterminantes par les patients dans ce contexte. Tandis que nous sommes effectivement parvenus à trouver une association significative entre la gratitude et la qualité de vie, nous n'avons pu démontrer pareille association entre la croissance post-traumatique et la qualité de vie. Bien que certains résultats laissent entrevoir la possibilité d'une association entre ces deux dernières variables, nous supposons finalement que les liens que nous défendons en introduction se situent majoritairement sur d'autres plans que ceux présentement considérés.

Nous pensons en effet que les bénéfices respectifs de la gratitude et de la croissance post-traumatique dans la qualité de vie opèrent à travers la restriction des répercussions psychiques de la maladie davantage que par la palliation directe des entraves qui lui sont relatives. Tandis que cette considération parvient à expliquer l'absence d'association entre ces variables et le SEIQoL, nous recommandons l'exploration d'autres facettes de la qualité de vie, afin de favoriser l'émergence de liens significatifs. Nous invitons à prendre en considération la colère à l'égard de la réalité somatique ou existentielle, les degrés d'anxiété et de dépression, le degré d'acceptation de la maladie ou encore les degrés d'investissement envers les valeurs relationnelles et spirituelles.

Nous avons par ailleurs découvert l'existence d'un lien entre croissance post-traumatique et gratitude. Divers éléments nous mènent à penser que leur relation soit en réalité bidirectionnelle et que l'extraction de bénéfice à travers la maladie puisse à la fois susciter et être potentialisée par l'orientation reconnaissante. Tel que le soupçonnaient *Linley et Joseph*(29), la gratitude pourrait donc représenter l'une des ressources qui sous-tend le processus de croissance post-traumatique. Si une telle éventualité se confirmait, nous pourrions conclure que ces deux variables puissent se potentialiser mutuellement.

Enfin et bien que la taille de notre échantillon représente une restriction claire quant à la portée de nos résultats, les associations mises en évidence sont prometteuses et motivent la poursuite du projet à plus large échelle en vue de leur approfondissement et de leur confirmation. Si les résultats escomptés sont confirmés, ceux-ci motiveraient l'application d'interventions de psychologie clinique spécifiquement centrée sur le développement et la prise de conscience du sentiment de gratitude, afin de potentialiser la croissance post-traumatique et de favoriser la qualité de vie psychique des patients en fin de vie.

Pour conclure, nous proposons d'étendre la réflexion présentement exposée en partageant une interrogation nous ayant accompagnée tout au long de notre rédaction : quel est le rôle de la maladie et des expériences subversives dans le développement identitaire, relationnel et spirituel des individus issus de la culture occidentale ?

Références bibliographiques

1. Fernandez-Petite M. Qualité de vie en soins palliatifs : discours et représentations des patients. *Revue internationale de soins palliatifs*. 1 févr 2008;22(4):105- 10.
2. Cohen SR, Mount BM, Bruera E, Provost M, Rowe J, Tong K. Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliat Med*. 1 janv 1997;11(1):3- 20.
3. Simmons Z, Bremer BA, Robbins RA, Walsh SM, Fischer S. Quality of life in ALS depends on factors other than strength and physical function. *Neurology*. 8 août 2000;55(3):388- 92.
4. Fegg MJ, Wasner M, Neudert C, Borasio GD. Personal Values and Individual Quality of Life in Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. août 2005;30(2):154- 9.
5. Cohen SR, Mount BM. Living with cancer: « good » days and « bad » days--what produces them? Can the McGill quality of life questionnaire distinguish between them? *Cancer*. 15 oct 2000;89(8):1854- 65.
6. Gable SL, Haidt J. What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*. 2005;9(2):103- 10.
7. Emmons RA, Crumpler CA. Gratitude as a Human Strength: Appraising the Evidence. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1 mars 2000;19(1):56- 69.
8. Mehran F. *Psychologie positive et personnalité: Activation des ressources*. Elsevier Masson; 2010. 398 p.
9. McCullough ME, Emmons RA, Tsang J-A. The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *J Pers Soc Psychol*. janv 2002;82(1):112- 27.
10. Sheldon KM, Kashdan TB, Steger MF. *Designing Positive Psychology: Taking Stock and Moving Forward*. Oxford University Press; 2011. 485 p.
11. Lambert NM, Clark MS, Durtschi J, Fincham FD, Graham SM. Benefits of Expressing Gratitude: Expressing Gratitude to a Partner Changes One's View of the Relationship. *Psychological Science*. 1 avr 2010;21(4):574- 80.
12. Wood AM, Froh JJ, Geraghty AWA. Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*. nov 2010;30(7):890- 905.
13. Emmons RA. Queen of the Virtues? Gratitude as Human Strength. *Reflective Practice: Formation and Supervision in Ministry* [Internet]. 8 mai 2012 [cité 20 août 2014];32(0). Disponible sur: <http://journals.sfu.ca/rpfs/index.php/rpfs/article/view/59>
14. Rodary C, Dauchy S, Beauvallet C, Ducreux M, Ruzsniowski P, O'toole D, et al. Intérêt de la mesure individualisée de la qualité de vie en oncologie : utilisation du SEIQoL chez des patients traités pour tumeur neuro-endocrine : Evaluation de la qualité de vie. *Revue francophone de psycho-oncologie*. 2005;4(1):36- 44.
15. Dürner J, Reinecker H, Csef H. Individual quality of life in patients with multiple myeloma. *SpringerPlus*. 23 août 2013;2(1):397.
16. Campbell S, Whyte F. The quality of life of cancer patients participating in phase I clinical trials using SEIQoL-DW. *Journal of Advanced Nursing*. 1 août 1999;30(2):335- 43.
17. Shankland R. *La psychologie positive*. Paris: Dunod; 2012.

18. Lau RWL, Cheng S-T. Gratitude Orientation Reduces Death Anxiety But Not Positive and Negative Affect. *OMEGA--Journal of Death and Dying*. 1 janv 2012;66(1):79- 88.
19. Wood AM, Joseph S, Linley PA. Coping Style as a Psychological Resource of Grateful People. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1 nov 2007;26(9):1076- 93.
20. Martin-Krumm C, Tarquinio C. *Traité de psychologie positive fondements théoriques et implications pratiques*. Bruxelles: De Boeck; 2011.
21. Wood AM, Maltby J, Gillett R, Linley PA, Joseph S. The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality*. août 2008;42(4):854- 71.
22. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. févr 2011;12(2):160- 74.
23. Wood AM, Joseph S, Maltby J. Gratitude predicts psychological well-being above the Big Five facets. *Personality and Individual Differences*. mars 2009;46(4):443- 7.
24. Kashdan TB, Uswatte G, Julian T. Gratitude and hedonic and eudaimonic well-being in Vietnam war veterans. *Behaviour Research and Therapy*. févr 2006;44(2):177- 99.
25. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological inquiry*. 2004;15(1):1- 18.
26. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. Free Press; 1992. 280 p.
27. Stephen Joseph PAL. *Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity*. 2005;
28. Davis CG, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *J Pers Soc Psychol*. août 1998;75(2):561- 74.
29. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *J Trauma Stress*. févr 2004;17(1):11- 21.
30. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology*. août 2003;12(5):491- 9.
31. Tomich PL, Helgeson VS, Nowak Vache EJ. Perceived growth and decline following breast cancer: a comparison to age-matched controls 5-years later. *Psychooncology*. déc 2005;14(12):1018- 29.
32. Schroevers M, Ranchor AV, Sanderman R. Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: a longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Soc Sci Med*. août 2006;63(3):598- 610.
33. Rebecca L. Collins SET. A Better World or a Shattered Vision? Changes in Life Perspectives Following Victimization. *Social Cognition*. 1990;8(3):263- 85.
34. Helgeson VS, Snyder P, Seltman H. Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychol*. janv 2004;23(1):3- 15.
35. Bower JE, Meyerowitz BE, Desmond KA, Bernaards CA, Rowland JH, Ganz PA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Ann Behav Med*. juin 2005;29(3):236- 45.

36. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol.* oct 2006;74(5):797- 816.
37. Morrill EF, Brewer NT, O'Neill SC, Lillie SE, Dees EC, Carey LA, et al. The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology.* 1 sept 2008;17(9):948- 53.
38. Mols F, Vingerhoets AJJM, Coebergh JWW, van de Poll-Franse LV. Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health.* juin 2009;24(5):583- 95.
39. Pinquart M, Fröhlich C, Silbereisen RK. Cancer patients' perceptions of positive and negative illness-related changes. *J Health Psychol.* nov 2007;12(6):907- 21.
40. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol.* janv 2006;25(1):47- 56.
41. Bellizzi KM. Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *Int J Aging Hum Dev.* 2004;58(4):267- 87.
42. Lechner SC, Carver CS, Antoni MH, Weaver KE, Phillips KM. Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol.* oct 2006;74(5):828- 40.
43. McGee HM, O'Boyle CA, Hickey A, O'Malley K, Joyce CR. Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychol Med.* août 1991;21(3):749- 59.
44. Shankland, Vallet. Le questionnaire d'orientation reconnaissante. Manuscrit non publié à ce jour. Université Pierre Mendès France - Grenoble/Université de Savoie – Chambéry. 2011.
45. Brandstätter M, Baumann U, Borasio GD, Fegg MJ. Systematic review of meaning in life assessment instruments. *Psychooncology.* oct 2012;21(10):1034- 52.
46. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress.* juill 1996;9(3):455- 71.
47. Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. Long Term Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Prevalence, Predictors and Relationships with Psychological Health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.* mars 2010;17(1):14- 22.
48. Lelorain S. Qualité de vie et développement post-traumatique à long terme d'un cancer du sein [Internet]. Nantes; 2009 [cité 26 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2009NANT3034>
49. O'Boyle C, McGee H, Hickey A, Joyce CRB, Browne J, O'Malley K, et al. The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). Administration Manual. *Psychology Reports* [Internet]. 1993; Disponible sur: <http://epubs.rcsi.ie/psycholrep/39>
50. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist.* 1983;38(11):1161- 73.
51. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychol.* mai 2001;20(3):176- 85.